



Club de Water Polo Laval

FICHE MÉDICALE

SAISON 2009-2010

COORDONNÉES DU CANDIDAT

NOM :	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :	VILLE :	CODE POSTAL :
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :	EXPIRATION :	

A) A contacter en cas d'urgence :

1) Nom et Prénom : Lien :
Tèl. résidence : travail : cell :
2) Nom et Prénom : Lien :
Tèl. résidence : travail : cell :

B) Antécédents médicaux

Asthme Épilepsie Diabète Autres : précisez :

C) Allergies

Décrivez :
Le candidat a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline en fonction de ses allergies? Oui Non
Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament selon quelle posologie?
Le candidat L'entraîneur Tout adulte responsable
Médicaments : Posologie :

D) Médicament (s)

Le candidat prend-il des médicaments durant les heures d'activités? Oui Non
Si oui qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament selon quelle posologie?
Le candidat L'entraîneur Tout adulte responsable
Médicaments : Posologie :

E) Autres

Le candidat présente-t-il des problèmes nécessitant une attention particulière? Oui Non
Précisez :
Restrictions pour certaines activités :

F) Autorisation

J'autorise le personnel aquatique à me prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. J'autorise également le transport par ambulance, ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de joindre une des personnes ci-haut mentionnées, j'autorise le médecin choisi par les autorités à prodiguer tous les soins médicaux requis par mon état.

Je m'engage à payer les frais de transport et de médecin en cas d'accident.

Nom (candidat majeur ou tuteur) : Date :
Signature : _____

CETTE FICHE DÛMENT COMPLÉTÉE DOIT ÊTRE REMISE À L'ENTRAÎNEUR LORS DE LA PREMIÈRE JOURNÉE D'ACTIVITÉ