



CLUB DE JUDO DU HAUT-RICHELIEU

Adresse du club : 275 av. du Parc, Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J2W 1N1

Site Web : www.clubjudohautrichelieu.com

FICHE MÉDICALE 2023-2024

Nom (athlète) : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Numéro d'assurance maladie : _____
année mois jour

Homme : ___ Femme : ___ Âge : _____

| | O U I | N O N | Commentaires | | O U I | N O N | Commentaires |
|----------------------------|-------------|-------------|--------------|--|-------------|-------------|--------------|
| Lunettes | | | | Épilepsie | | | |
| Verres de contact | | | | TDA | | | |
| Appareil dentaire | | | | TDAH | | | |
| Appareil auditif | | | | Autisme | | | |
| Problèmes abdominaux | | | | Asperger | | | |
| Troubles cardiaques | | | | Trouble de langage | | | |
| Haute pression | | | | Trouble de locomotion | | | |
| Problèmes sanguins (bleus) | | | | Blessures à la tête | | | |
| Bouffées de chaleur | | | | Commotion cérébrale récente | | | |
| Diabète | | | | Médication | | | |
| Allergies | | | | Blessures importantes dans les 6 derniers mois | | | |
| Asthme | | | | | | | |

- Ces questions visent à nous aider à mieux comprendre les situations

CONTACT EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

| | |
|-------------------|-------------------|
| Nom : | Nom : |
| Lien de parenté : | Lien de parenté : |
| Téléphone : | Téléphone : |
| Cellulaire : | Cellulaire : |

Date : ____ / ____ / ____
année mois jour

Signature de l'appliquant (si 18 ans et plus)

Imprimer votre nom
2023-08-09

Signature parent/tuteur