



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

Nom (athlète) : _____ Prénom : _____

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

Homme : ____ Femme : ____ Âge : _____

| | OUI | NON | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Lunettes | | | |
| Verres de contact | | | |
| Blessures à la tête | | | |
| Diabète | | | |
| Asthme | | | |
| Convulsions | | | |
| Problèmes abdominaux | | | |
| Troubles cardiaques | | | |
| Haute pression | | | |
| Problèmes sanguins (bleus) | | | |
| Problèmes abdominaux | | | |
| Bouffées de chaleur | | | |
| Allergies | | | |
| Médication | | | |
| Commotion cérébrale récente | | | |
| Blessures importantes dans les 6 derniers mois | | | |

NOTE : REMPLIR LES DOCUMENTS CONCERNANT COVID-19

CONTACT EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

| | |
|-------------------|-------------------|
| Nom : | Nom : |
| Lien de parenté : | Lien de parenté : |
| Tél : | Tél : |
| Cell : | Cell : |

Date : ____ / ____ / ____
année mois jour

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

Imprimer votre nom

Signature parent/tuteur