



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			

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