

FICHE MÉDICALE – ADULTE



COORDONNÉES DU CANDIDAT

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Ville :	Code postal :
Numéro d'assurance maladie :		Date d'expiration (MM/AAAA) :

ACTIVITÉ

Année :	Session automne <input type="checkbox"/>	Session hiver <input type="checkbox"/>	Session printemps <input type="checkbox"/>	Titre du cours :	Jour :	Heure :
---------	---	---	---	------------------	--------	---------

A) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1) Nom et prénom : _____ Lien : _____
 Tél. résidence : () _____ travail () _____ cell () _____

2) Nom et prénom : _____ Lien : _____
 Tél. résidence : () _____ travail () _____ cell () _____

B) ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Asthme _____ Épilepsie _____ Diabète _____ Autres (précisez) _____

C) ALLERGIE(S)

Décrivez : _____

Avez-vous à votre disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies? Oui _____ Non _____

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?
 Vous-même _____ Toute personne adulte responsable _____

Médicaments : _____ Posologie : _____

D) MÉDICAMENT(S)

Prenez-vous des médicaments durant les heures d'activités? Oui _____ Non _____

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer le médicament et selon quelle posologie?
 Vous-même _____ Toute personne adulte responsable _____

Médicaments : _____ Posologie : _____

E) AUTRES

Présentez-vous des problèmes nécessitant une attention particulière (crainte, problème cardiaque, etc.)
 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 par ambulance et de médecin en cas d'accident.

Nom : _____ Date : _____

Signature : _____