



FICHE SANTÉ DE L'ATHLÈTE

Saison : Été Hiver

Nom * : Prénom * :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) * : Sexe * : féminin masculin

N° d'Assurance Maladie * : Date expiration * :

☎ Téléphone résidentiel * :

🚑 Urgence #1 Indiquez le nom de la 1^{ère} personne à contacter en cas d'urgence * :

☎ Téléphone #1 * :

🚑 Urgence #2 Indiquez le nom de la 2^e personne à contacter en cas d'urgence :

☎ Téléphone #2 :

Allergies : Décrire ici toute allergie affectant l'athlète, même si selon vous, l'athlète ne sera pas exposé à l'allergène pendant l'exercice de l'athlétisme :

L'athlète a-t'il un Epipen? * Non Oui

Note importante : Si applicable, le membre devra apporter son Epipen à chaque rencontre (entraînements, activités et sorties).

Description des allergies alimentaires :

Description des allergies aux médicaments :

Description des allergies aux animaux/insectes/environnement :

* Champ obligatoire à compléter



Maladies ou conditions médicales connues : Décrire ici toute maladie/condition médicale/handicap affectant l'athlète dans l'exercice d'une activité physique (ex: asthme, diabète, souffle au cœur, etc.) :

Maladies :

Conditions médicales :

Handicap :

✎ **AUTORISATION** En signant ci-bas, le répondant déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts, et il autorise les responsables du club à intervenir en cas d'urgence et à diriger le membre concerné vers des soins appropriés. Le cas échéant, il autorise les responsables du club à demander une ambulance. Enfin, il s'engage à rembourser les dépenses encourues en raison de cette intervention.

🔔 **IMPORTANT** : Veuillez informer le club et l'entraîneur de tout changement à la santé du membre dès que possible.

Nom du parent/responsable : _____

Signature : _____

Date : _____

🗑 **Signature de l'athlète :** _____
(si plus de 14 ans, avec celle du parent/responsable)