

Bilan de santé et conditions physiques

Nom de l'athlète (lettres moulées) : _____ Date Naissance (année/mois/jours) ____ / ____ / ____

No assurance maladie : _____ Médecin : _____

Mère ou tuteur 1 : _____ Tél 1 : _____ Tél 2 : _____

Père ou tuteur 2 : _____ Tél 1 : _____ Tél 2 : _____

Autres Contacts en cas d'urgence : _____

Allergies : _____

Médicaments : _____

Historique de commotions cérébrales (années, incident, temps de récupération) :

Autres Symptômes, souffrances, maladies ou caractéristiques diagnostiqués ou assujettis

Cochez les Symptômes, souffrances, maladies ou caractéristiques diagnostiqués ou assujettis	
Asthme ou autres problèmes respiratoires	
Diabète	
Maladies ou insuffisances cardiaques	
Épilepsie	
Déficience auditive	
Maux de têtes ou migraines	
Problèmes de dos ou au niveau de la colonne	
Perte de connaissance / Évanouissement occasionnels ou fréquents	
Débalancement de la glande Thyroïde	
Agressivité compulsive	
Autisme	
TDA / TDAH	

Athlète/membre majeur, parent/tuteur/responsable légal

Signature : _____ Nom en lettres moulées : _____

Date (année/mois/jours) ____ / ____ / ____