

Panthers Football Academy
QUESTIONNAIRE MÉDICAL de l'athlète

Ces données seront traitées de façon confidentielle. Elles ne sont recueillies que dans un but préventif.

INFORMATIONS PERSONNELLES:

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

de Tél: () _____ # de Cell: _____

Courriel: _____

Date de naissance (jour/mois/année): _____ Age: _____

Assurance-Maladie: _____ Expiration: _____

Médec-Alert: _____ Groupe Sanguin : _____

EN CAS D'URGENCE CONTACTER:

Nom & lien: _____ # Tél: () _____ / () _____
Maison travail ou cell.

Nom & lien: _____ # Tél: () _____ / () _____
Maison travail ou cell.

Nom du médecin de famille: _____ # de Tél: _____

ÉTAT DE SANTÉ:

1. Affections des sens

- | | OUI | NON |
|--|------------|------------|
| A) Souffrez-vous d'une affection visuelle? Non | ___ | ___ |
| B) Portez-vous des lunettes? Non | ___ | ___ |
| C) Portez-vous des lentilles cornéennes? Non | ___ | ___ |
| D) Avez-vous des problèmes auditifs? Non | ___ | ___ |

2. Affections du système nerveux

- | | | |
|--|-----|-----|
| A) Souffrez-vous d'évanouissement? Non | ___ | ___ |
| B) Souffrez-vous d'épilepsie? Non | ___ | ___ |
| C) Avez-vous déjà souffert de traumatisme Crânien (commotion cérébrale)? Non | ___ | ___ |
| Si oui, quand? _Non_____ | | |
| D) Souffrez-vous de désordres cervicaux ou neurologiques Autres que ceux mentionnés ci-dessus? Non | ___ | ___ |

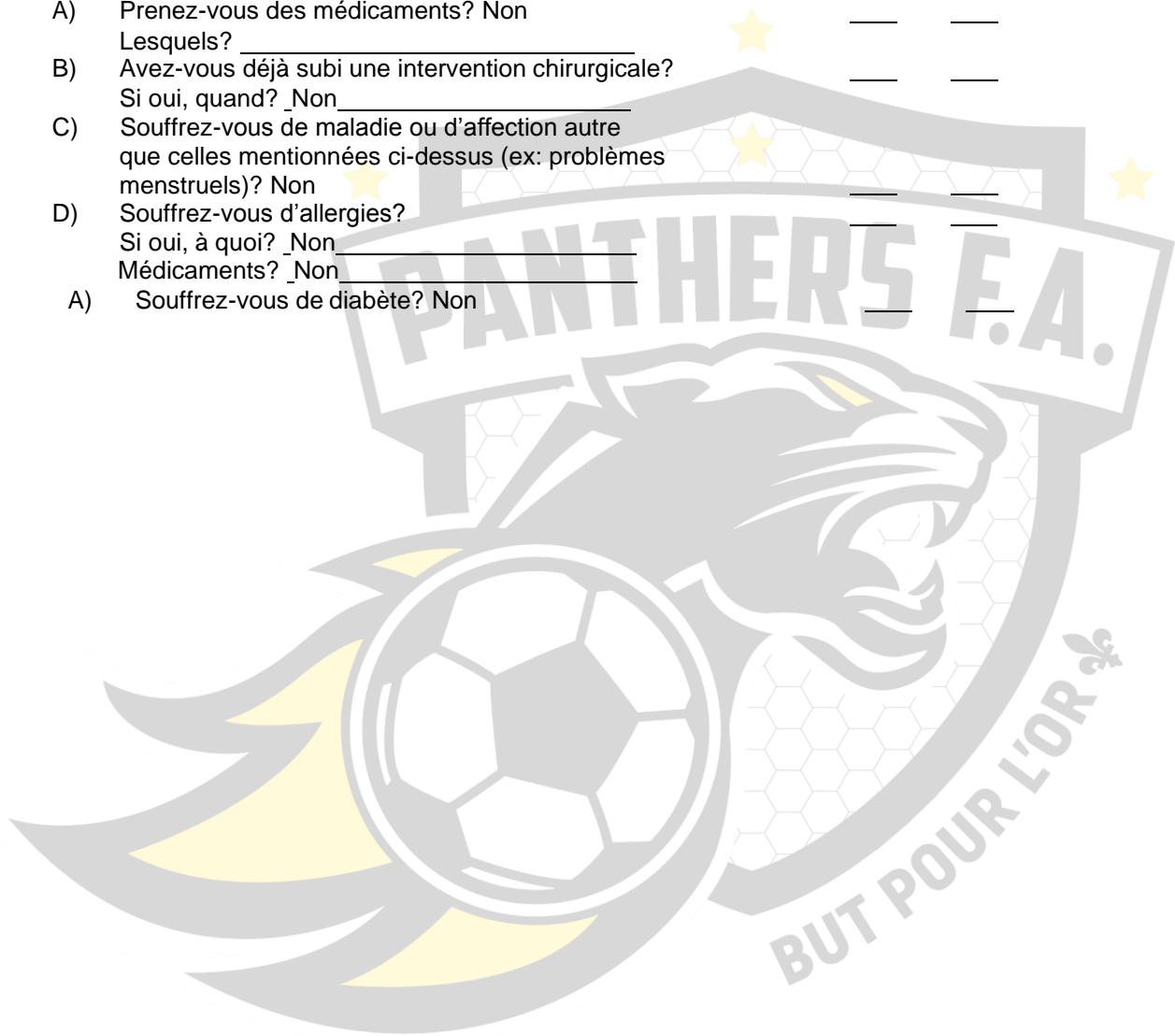
3. Affections respiratoires

- | | | |
|---|-----|-----|
| A) Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique? Médicaments? _Non_____ | ___ | ___ |
|---|-----|-----|

4. Problèmes systémiques

- | | | |
|--|-----|-----|
| B) Avez-vous déjà souffert de rhumatisme aigu? Non | ___ | ___ |
|--|-----|-----|

- | | | OUI | NON |
|--|--|-----|-----|
| 5. Problèmes cardio-vasculaires | | | |
| A) | Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire? Non | ___ | ___ |
| B) | Ressentez-vous fréquemment des douleurs à la poitrine Non Ou au cœur? | ___ | ___ |
| C) | Votre médecin vous a-t-il déjà mentionné que vous aviez une tension artérielle trop élevée? Non | ___ | ___ |
| 6. Problèmes cutanés | | | |
| A) | Souffrez-vous de maladie contagieuse de la peau? Non | ___ | ___ |
| 7. Autres conditions | | | |
| A) | Prenez-vous des médicaments? Non Lesquels? _____ | ___ | ___ |
| B) | Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Si oui, quand? _Non_____ | ___ | ___ |
| C) | Souffrez-vous de maladie ou d'affection autre que celles mentionnées ci-dessus (ex: problèmes menstruels)? Non | ___ | ___ |
| D) | Souffrez-vous d'allergies? Si oui, à quoi? _Non_____ | ___ | ___ |
| | Médicaments? _Non_____ | ___ | ___ |
| A) | Souffrez-vous de diabète? Non | ___ | ___ |



8. Blessures Antécédentes

Complétez le tableau suivant au meilleur de votre connaissance. Si vous n'avez pas eu de blessure pour certaines parties du corps, laissez les cases vides. Sous «Type», indiquez le genre de blessure (entorse, étirement, fracture, dislocation, tendinite, etc.).

| Endroit | Type ? | Gauche ou Droit? (G/D) | # de fois ? | Date de la plus récente blessure ? | Arrêt des activités? (oui/non) | Combien de temps ? | Docteur? Physio ? |
|----------------|--------|------------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| Cheville | | | | | | | |
| Tibia/Mollet | | | | | ★ | | |
| Genou | | | | | | | |
| Cuisse avant | | | | | | | |
| Cuisse arrière | | | | | ★ | | |
| Hanche/Pelvis | | ★ | | | ★ | | ★ |
| Abdomen | | | | | | | |
| Côtes | | | | | | | |
| Épaule | | | | | | | |
| Coude | | | | | | | |
| Poignet/Main | | | | | | | |
| Dos | | | | | | | |
| Cou | | | | | | | |
| Tête | | | | | | | |

Dans un contexte de pandémie de COVID-19, le Camp des Panthers football academy a mis en place les mesures de protection détaillées au document **[Guide de relance – retour au jeu covid 19 EXPLIQUANT LES MESURES DE PROTECTION]**, joint au présent formulaire, afin de minimiser le risque de contagion et de propagation du virus.

Il est de la responsabilité de toute personne, notamment les athètes et leurs parents ou tuteurs, de respecter les mesures de protection mises en place par le Camp des Panthers football academy.

J'ai pris connaissance du document **[Guide de relance – retour au jeu covid-19 LES MESURES DE PROTECTION]** et je m'engage à m'y conformer. J'ai discuté du document avec mon enfant, je lui ai expliqué en quoi consistent les mesures et je l'ai informé de l'importance de les respecter. Je comprends et accepte que le Camp de vacances multisport des Panthers Football academy ne pourra garantir un milieu sans COVID-19, qui soit exempt de contamination ou de contagion.

Signature: _____
ATHLÈTE

Date: _____

Signature _____
PARENT OU TUTEUR LÉGAL

Date: _____