

MEMBRE

FORMULAIRE MÉDICAL

Confidentiel

IDENTIFICATION

Nom de famille		Prénom		Masculin / Féminin	
Adresse		Ville		QC	Code postal
() ()		()			
Téléphone résidence		travail		cellulaire	
() () ()					
Date de naissance		Numéro d'assurance-maladie		Date d'expiration	
J	M	A			

MALADIES CHRONIQUES

SYNDROME DE DOWN (Luxation atloïdo-axoïdienne) _____ Positif Négatif
Date radiographie _____

ÉPILEPSIE OUI NON LE PARTICIPANT CONTRÔLE-T-IL SES CRISES ? OUI NON
FRÉQUENCE : _____

DIABÉTIQUE OUI NON MÉDICATION : OUI NON

HYPOGLYCÉMIE OUI NON MÉDICATION : OUI NON

MALADIE RESPIRATOIRE OUI NON MÉDICATION : OUI NON

MALADIE CARDIAQUE OUI NON MÉDICATION : OUI NON

ALLERGIE OUI NON SPÉCIFIER : _____

ALLERGIE PÉNICILLINE OUI NON MÉDICATION : _____
PRESCRIPTION D'ÉPINÉPHINE ? OUI NON

DIÈTE SPÉCIALE OUI NON **SI OUI, INSCRIRE LE TOUT SUR UNE FEUILLE ET JOINDRE EN ANNEXE**

PEUT-ON ADMINISTRER LES COMPRIMÉS SUIVANTS AU PARTICIPANT ?

Aspirin	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Motrin	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Tylenol	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Advil	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

MÉDICATION

LE MEMBRE PREND-T-IL DES MÉDICAMENTS? OUI NON

VEUILLEZ DEMANDER À VOTRE PHARMACIEN LA LISTE DE VOS MÉDICAMENTS

CETTE LISTE EST OBLIGATOIRE POUR AVOIR ACCÈS AUX ACTIVITÉS

NOTE SPÉCIALE CONCERNANT :

LA PRISE DE MÉDICAMENT

ALLERGIE

AUTRES

