

www.soccerwindsor.sitew.com

nitrosoccer.windsor@gmail.com

Facebook : Association du soccer mineur de Windsor

Le Nitro de Windsor

C.P. 176 Windsor, Qc,

J1S 2L8

(819) 845-1401

Profil médical – Formulaire

Remplir en lettre moulées ou électroniquement (voir page 2) SVP

À remettre au club lors de l’inscription

Ces données sont traitées de façon confidentielle

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  | Prénom :  |
| Date de naissance :  | Téléphone(s) :  |
| No. Assurance maladie :  | Expiration :  |
| 1. L’athlète souffre-t-il de :

[ ] Asthme [ ] Diabète [ ] Épilepsie[ ] Autre maladie importante : [ ] Aucune maladie  |
| 1. L’athlète souffre-t-il d’allergies importantes [ ] Oui [ ] Non

Si oui, précisez :  |
| 1. L’athlète porte-il des lentilles cornéennes ou des verres correcteurs ? [ ] Oui [ ] Non
 |
| 1. L’athlète doit-il prendre des médicaments régulièrement? [ ] Oui [ ] Non

Si oui, indiquez lesquels : À quelle fréquence :Peut-il s’administrer ses propres médicaments? [ ] Oui [ ] Non |
| 1. Blessures antérieures sérieuses [ ] Oui [ ] Non

Si oui, précisez :  |
| 1. Fournir toutes autres informations qui seraient susceptibles de compléter ce profil médical :
 |
| **Signature :**  | **Date :**  |

**Advenant une blessure au cours de la saison, un papier du médecin traitant certifiant le bon état de santé de l’athlète sera exigé pour son retour au jeu.**

**Merci de remettre ce formulaire dument rempli au club lors de votre inscription ou par courriel**





www.soccerwindsor.sitew.com

nitrosoccer.windsor@gmail.com

Facebook : Association du soccer mineur de Windsor

Le Nitro de Windsor

C.P. 176 Windsor, Qc,

J1S 2L8

(819) 845-1401

Profil médical – Formulaire

Remplir en lettre moulées ou électroniquement SVP

À remettre au club lors de l’inscription

Ces données sont traitées de façon confidentielle

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :       | Prénom :       |
| Date de naissance :       | Téléphone(s) :       |
| No. Assurance maladie :       | Expiration :       |
| 1. L’athlète souffre-t-il de :

[ ]  Asthme [ ]  Diabète [ ]  Épilepsie[ ]  Autre maladie importante :       [ ]  Aucune maladie  |
| 1. L’athlète souffre-t-il d’allergies importantes [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez :       |
| 1. L’athlète porte-il des lentilles cornéennes ou des verres correcteurs ? [ ]  Oui [ ]  Non
 |
| 1. L’athlète doit-il prendre des médicaments régulièrement? [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, indiquez lesquels :      À quelle fréquence :      Peut-il s’administrer ses propres médicaments? [ ]  Oui [ ]  Non |
| 1. Blessures antérieures sérieuses [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez :       |
| 1. Fournir toutes autres informations qui seraient susceptibles de compléter ce profil médical :

      |
| **Signature :**  | **Date :**  |

**Advenant une blessure au cours de la saison, un papier du médecin traitant certifiant le bon état de santé de l’athlète sera exigé pour son retour au jeu.**

**Merci de remettre ce formulaire dument rempli au club lors de votre inscription ou par courriel**