

www.soccerwindsor.sitew.com

[nitrosoccer.windsor@gmail.com](mailto: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](mailto: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**