** Club Judo Zamma**

3800, Rue Sherbrooke Est

 Montréal (Qc) H1X 2A2

 **Fiche médicale du judoka**

Ce formulaire sera utilisé en cas d’urgence médicale.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  | Prénom :  |
| Sexe : F M  | Date de naissance (jj/mm/aaaa) :  |
| Numéro d’assurance-maladie :  | Groupe sanguin :  |
| URGENCE Nom :  Lien de parenté : Téléphone :  |
| **Prise de médicaments O N**  |
| Nom du médicament  | Date  | Début |  | Date de fin  |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
| **Allergies O N**  |  |  |  |
| Aliments  | Médicaments |  |  | Autres  |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
| **Problèmes médicaux actuels ou passés**  |  |  |  |
| Blessures à la tête O N  | Convulsions  |  |  O N  | Commotion O N  |
| Maux de tête O N  | Troubles cardiaq | ues  |  O N  | Haute tension O N  |
| Asthme O N  | Diabète  |  |  O N  | Otite O N  |
| Problèmes sanguins O N  | Probl. menstruel | s  |  O N  | Probl. abdominaux O N  |
| Bouffées de chaleur O N  | Déshydratation  |  |  O N  | Lunettes/lentilles O N  |
| Détails :   |
| Récemment, avez-vous éprouvé des malaises ou des sensations curieuses après avoir cogné votre tête? O N Si oui, expliquer :   |
| Perte de poids récente O N Si oui, combien : Depuis quand :  |
| Opérations subies  | Date  |
|   |   |
|   |   |
| Blessures importantes/traitements au cours des 6 derniers mois :    |
| En cas d’urgence, j’autorise les responsables de JUDO MONDE et/ou le personnel médical à prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de la santé du judoka nommé ci-haut. Les frais de transport ambulancier, le cas échéant, sont à la charge du judoka, des parents ou des tuteurs.  Signature : Date : *(judoka ou parent si judoka mineur)*  |

**Note** : Il est recommandé de porter un protège-dents pour tous les combats.

FicheMedicale.doc