



FORMULAIRE MÉDICAL

En divulguant à Gymnastique Canada vos renseignements médicaux, Gymnastique Canada sera en mesure de se préparer de façon adéquate pour toute situation médicale éventuelle. La communication de certains renseignements par l'intermédiaire du présent formulaire est **obligatoire**. Vous pouvez remplir ce formulaire en partie ou en totalité (* sont obligatoires).

*Nom : _____

*Cellulaire : _____

Adresse à la maison : _____

*Courriel : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

*Nom d'un proche : _____ Téléphone : _____

*Nom d'un proche : _____ Téléphone : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

ÉTAT DE SANTÉ :

Troubles médicaux ou problèmes de santé (lentilles de contact, évanouissement, crises épileptiques, etc.) :

Médicaments que vous devez prendre tous les jours (suppléments, médicaments d'ordonnance, insuline, etc.) :

Avez-vous subi récemment une blessure ou une opération qui pourraient affecter votre participation?

*Avez-vous des allergies? (médicaments, aliments, animaux, plantes, pollen, abeilles, parfums, etc.)



CONSENTEMENT POUR TRAITEMENT MÉDICAL D'URGENCE

Je, _____, et si applicable, le parent/tuteur légal de
(En lettres moulées)

_____, donne la permission aux officiels de Gymnastique Canada de prendre les décisions nécessaires en ce qui concerne le traitement médical, et autorise les soins et traitements en situation d'urgence pour l'année de compétition _____.

Je comprends que les officiels de Gymnastique Canada feront les efforts nécessaires, dans ces circonstances, pour contacter le contact d'urgence de l'athlète si une situation médicale d'urgence survient.

Si un contact d'urgence ne peut pas être rejoint, je donne ma permission aux professionnels de la santé, médecins, thérapeutes, dentiste, infirmière ou tout autre personnel médical, dont les services pourraient être requis, de fournir le traitement et les soins médicaux appropriés.

En signant cet accord, j'ai compris et j'ai la capacité de communiquer des directives concernant les soins de mon enfant/l'enfant dont j'ai la garde, et que je suis au courant de toute l'information contenue dans ce document.

Signature de l'athlète

Date : _____

Signature du parent/tuteur

Date : _____