



CANADA ALPIN

Canada Alpin ÉVALUATION MÉDICALE

Veillez joindre au présent formulaire dûment complété une photographie de l'athlète

1. INFORMATION PERSONNELLE DE L'ATHLÈTE

Nom _____ Date de naissance (j/m/a): _____
(NOM DE FAMILLE, prénom)

Sexe: Homme Femme

Numéro de la carte d'assurance-maladie provinciale: _____

Veillez indiquer toute autre couverture d'assurance santé/ maladie détenue par l'athlète :

Nom du club: _____

Organisation sportive provinciale: _____

2. HISTORIQUE MÉDICAL (annexer des pages supplémentaires au besoin)

Historique familial: _____

Historique médical personnel/ opérations (inclure les dates des opérations et le nom des médecins/chirurgiens):

Immunisations (inclure DPT/TD, Hép. A et B, grippe): _____

3. RÉSUMÉ DE LA CONDITION MÉDICALE ACTUELLE (annexer des pages supplémentaires au besoin)

Examen médical: _____

Examen biomécanique (inclure examen musculosquelettique, RM des articulations, alignement):

Genre / Santé appareil reproductif: Homme sain _____ Femme saine _____

Vision: _____

(Nota bene: Il est recommandé que les athlètes obtiennent une évaluation de la vision sportive)

4. RÉSUMÉ DES PRÉOCCUPATIONS MÉDICALES ET PLAN D'ACTION (annexer des pages supplémentaires au besoin)

Je, soussigné(e), garantis par la présente que cet athlète est physiquement apte à prendre part à tous les aspects de la compétition de ski alpin.

Signature du médecin

Date

Nom du médecin (caractères d'imprimerie)

Téléphone

ANNEXER DES PAGES SUPPLÉMENTAIRES AU BESOIN

**** Si vous êtes blessé au cours de la saison demandez à votre entraîneur de l'Enquête sur les blessures et l'état Athlète et statut blessée si que vous avez une carte FIS.**