Équipe du Québec de Canoë-Kayak de vitesse 2009

Fiche urgence-santé 18 ans +

Renseignements généraux / General information

Nom / Name	Prénom / Surname	
Numéro de téléphone / Telephone number	Sexe / Sex	Année / year Mois / month Jours / day Date de naissance / Date of birth

N° d'assurance maladie
Medical card number

Date d'expiration _____/_____
Expiration date Année / year Mois / month

Assurance-voyage/ Travel insurance:	Police d'assurance/ Insurance policy number:
Procédures si accident/ Procedures in case of an accident:	

Personne à joindre au besoin ou en cas d'urgence:
Person(s) to contact in case of medical emergency or for any other reason:

Nom : Name : _____	Nom : Name : _____
Prénom : Surname _____	Prénom : Surname _____
Lien : Relationship _____	Lien : Relationship _____
☎ Rés. : Home : _____	☎ Rés. : Home : _____
☎ Trav. : Work : _____	☎ Trav. : Work : _____
☎ Autre : Other : _____	☎ Autre : Other : _____

Afin d'assurer votre sécurité, l'équipe du Québec doit être informée des problèmes de santé qui **peuvent nécessiter une intervention d'urgence** (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète, asthme ou autre).

Est-ce que vous avez un tel problème de santé?

Oui ☐ Si oui, remplir le verso
Non ☐

To ensure your security, the Québec team must be informed of any medical conditions that may require emergency assistance, such as allergies to certain foods or insect bites, diabetes, asthma or other conditions

Do you have any medical conditions?

Yes ☐ If yes complete the reverse side
No ☐

Signature:_____ **Date:**_____

Équipe du Québec de Canoë-Kayak de vitesse 2009

Fiche urgence-santé 18 ans +

Renseignements complémentaires / Additional information

(À remplir seulement si vous avez un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence)
(Complete this section only if you have a medical condition that may require emergency medical attention)

Votre état de santé a-t-il changé depuis l'an passé : Oui/Yes ☐ Non/No ☐ n/a ☐
Has your medical condition changed since year?

Présentez vous : Do tou have :

Allergie sévère : Severe allergie to			
	➢ Alimentaire / Food	Oui/Yes ☐	Non/No ☐
	➢ Piqûres d'insectes / Insect bites	Oui/Yes ☐	Non/No ☐
	➢ Autre / Other	Oui/Yes ☐	Non/No ☐

Si oui, précisez :
If yes specify : _____

Médicament d'urgence : Oui/Yes ☐ Épipen / Epipen : Oui/Yes ☐ Non/No ☐
Emergency medication : Non/No ☐ Autre / Other: _____

Diabète / Diabetes:	Oui/Yes ☐	Non/No ☐

Médicament d'urgence : Oui/Yes ☐ Lequel / Type ? _____
Emergency medication : Non/No ☐

Traitement d'urgence, si hypoglycémie, précisez :
Emergency treatment if hypoglycemic, specify : _____

Autre : Other :	Présentez-vous un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention? Do you have any other medical conditions that may require emergency medical attention?	Oui/Yes ☐ Non/No ☐

Si oui, précisez :
If yes specify : _____

Recommandation médicale d'urgence/ Recommend emergency treatment: Oui/Yes ☐ Non/No ☐
Précisez / Specify: _____

J'autorise la direction de Canoë-Kayak Québec à communiquer les informations inscrites ci-dessus, au besoin, aux membres du personnel de l'équipe du Québec qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de l'athlète.
I authorize the management of Canoë-Kayak Québec to communicate the information contained in this forms to any staff member of the Québec team who may need to intervene in a medical emergency involving this athlete.

_____ Date : _____
Signature / Signature