Équipe du Québec de Canoë-Kayak de vitesse 2009

Fiche urgence-santé moins de 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

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 la sécurité de l'athlète, 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 l'athlète présente un tel problème de santé?

Oui ☐ Si oui, remplir le verso
Non ☐

To ensure the security of its athletes, 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

Does the member 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 moins de 18 ans

Renseignements complémentaires / Additional information

(À remplir seulement si l'athlète a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence)
(Complete this section only if athlete has a medical condition that may require emergency medical attention)

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

L'athlète présente-t-il : Does the athlete 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 :	L'athlète présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention? Does the athlete 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 du parent, tuteur ou membre / Signature of parent, guardian or member