

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX POUR ATHLÈTES

NOM DE L'ATHLÈTE	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
TÉLÉPHONE	
EMAIL	

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM	
RELATION	
TÉLÉPHONE	

INFORMATIONS MÉDICALES

1. Antécédents médicaux :

- Avez-vous des antécédents de blessures ou d'opérations chirurgicales ? (Si oui, veuillez préciser la nature, la date et tout traitement en cours)

BLESSURE	TRAITEMENT/OPÉRATION	DATE

- Souffrez-vous de maladies chroniques (ex : asthme, diabète, épilepsie) ?
(Si oui, veuillez préciser)

2. Médicaments et suppléments :

- Prenez-vous des médicaments ou des suppléments régulièrement ? (Si oui, veuillez indiquer les noms, doses et fréquences)

MÉDICAMENT/SUPPLÉMENT	DOSE	FRÉQUENCE

3. Allergies :

- Avez-vous des allergies ? (Médicaments, nourriture, autres)

4. Santé mentale :

- Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) avec un trouble mental ou avez-vous des antécédents de troubles mentaux ? (Si oui, veuillez préciser la nature et les traitements en cours)

5. Autres informations médicales pertinentes :

(Veuillez indiquer toute autre information médicale qui pourrait être importante)

CONSENTEMENT ET CONFIDENTIALITÉ

Je soussigné(e), _____, reconnais que toutes les informations fournies dans cette fiche sont exactes et complètes. J'autorise Au Mental à utiliser ces informations pour mon accompagnement psychologique et pour toute intervention médicale nécessaire. Je comprends que ces informations seront traitées de manière confidentielle conformément aux réglementations en vigueur sur la protection des données.

Signature de l'athlète :

Date :