



Action Sport Physio
Santé et mieux-être

Questionnaire médical-Service conseil (physio)

Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Date de naissance: _____

Personne à contacter en cas d'urgence _____

No de téléphone: _____ Entraîneur(e): _____

Blessures récentes: 6 derniers mois: _____

Traitements 6 derniers mois: _____

Autres blessures pertinentes: _____

Nombre de commotions: _____

Quand a eu lieu la dernière? _____

Temps de récupération de cette dernière: _____

Céphalées ou migraines diagnostiquées TDA ou TDAH Dyslexie

Autre problème d'apprentissage: _____

Prenez-vous des médicaments?

Lesquels? _____

Allergies: _____

Autres conditions médicales: _____

J'autorise le physiothérapeute à procéder à une évaluation préliminaire et à conseiller mon enfant athlète en présence de son entraîneur.

Signature(s) parent : _____ Date: _____

*Pour un enfant en garde partagée, la signature des 2 parents est requise. Merci.