



## SPORT-ÉTUDES Profil de l'athlète

Réservé à Soccer Estrie (No FSQ) :

ANNÉE :

***Ces données seront traitées de façon confidentielle. Elles ne sont recueillies que dans un but préventif et informatif.***

### Identification de l'athlète

Nom et prénom de l'athlète :  F  M

Date de naissance (jj-mm-aaaa) : Allergie :

N° Assurance-Maladie : Expiration : Groupe sanguin :

### Identification des répondants

Répondant 1 : nom lien avec l'athlète

Répondant 2 : nom lien avec l'athlète

Répondant en cas d'urgence : nom lien avec l'athlète

cellulaire :

### Adresse principale de l'athlète

L'athlète demeure principalement avec : Répondant 1  et/ou Répondant 2

N° civique Rue Ville Québec Province Code postal

Téléphone : Cellulaire :

Courriel de correspondance :

### Seconde adresse de l'athlète (si différent de l'adresse principale)

Lien avec l'athlète nom

N° civique Rue Ville Québec Province Code postal

Téléphone : Cellulaire :

Courriel de correspondance :

## ÉTAT DE SANTÉ DE L'ATHLÈTE

- |   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>1. Affections des sens</b>                                     |                          |                          |
| A) Portez-vous des lunettes?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) Portez-vous des lentilles cornéennes durant les matchs?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Affection du système nerveux</b>                            |                          |                          |
| Avez-vous déjà souffert d'un traumatisme crânien (ex. commotion)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, quand?  |                          |                          |
| <b>3. Affection respiratoire</b>                                  |                          |                          |
| Souffrez-vous de problème respiratoire (ex. : asthme)?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4. Problème systémiques</b>                                    |                          |                          |
| Souffrez-vous de diabète?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5. Problème cardio-vasculaire</b>                              |                          |                          |
| Souffrez-vous de problème cardiaque ou vasculaire?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, spécifiez :   |                          |                          |
| <b>6. Autres conditions</b>                                       |                          |                          |
| Prenez-vous des médicaments?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels et pour quelles raisons :                        |                          |                          |

### **7. Blessures antérieures**

Complétez le tableau suivant au meilleur de vos connaissances. Si vous n'avez pas eu de blessure pour certaines parties du corps, laissez les cases vides. Sous «Type de blessure», indiquez la nature de la blessure (entorse, étirement, fracture, dislocation, tendinite, etc.).

Membre	Type de blessure	Gauche ou droit (G/D)	Nombre de fois	Date de la plus récente blessure	Arrêt des activités (oui/non)	Durée de l'arrêt	Suivi par docteur ou physio (D/P)
Cheville							
Tibia/Mollet							
Genou							
Cuisse avant							
Cuisse arrière							
Hanche/Pelvis							
Abdomen							
Côtes							
Épaule							
Coude							
Poignet/Main							
Dos							
Cou							
Tête							