

CETTE FICHE DE SANTÉ FOURNIT DES INFORMATIONS DE BASE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DU MEMBRE  
 LES RENSEIGNEMENTS QUI S'Y RETROUVENT SONT NÉCESSAIRE POUR PERMETTRE UNE INTERVENTION RAPIDE ET ADÉQUATE EN CAS D'URGENCE.  
 CE DOCUMENT CONFIDENTIEL DOIT ÊTRE APPORTÉ LORS DE CHAQUE SORTIE AVEC LE CCL.  
 AU BESOIN, CETTE FICHE SERA MISE À LA DISPOSITION DU PERSONNEL D'INTERVENTION MÉDICAL.  
 CETTE FICHE EST VALIDE SEULEMENT POUR LA SAISON. ELLE DOIT ÊTRE MISE À JOUR AU DÉBUT DE CHAQUE SAISON ET DETRUITE À LA FIN DE CELLE-CI.

ANNÉE 2024

## 1. INFORMATIONS PERSONNELS

NOM: \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE: \_\_\_\_\_ APP: \_\_\_\_\_  
 VILLE: \_\_\_\_\_ CODE POSTAL: \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_  
 NUMÉRO D'ASSURANCE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ MALADIE: \_\_\_\_\_ D'EXPIRATION: \_\_\_\_\_

## 2. INFORMATION SUR LA SANTÉ DU MEMBRE

### PROBLEMES DE SANTÉ PHYSIQUE

TROUBLES DE LA VISION \_\_\_\_\_ DIABÈTE \_\_\_\_\_  
 TROUBLES DE L'AUDITION \_\_\_\_\_ PRESION ARTERIALE \_\_\_\_\_  
 TROUBLES CARDIAQUES \_\_\_\_\_ TROUBLES RESPIRATOIRES \_\_\_\_\_ SI ASTHME, DATE DE LA DERNIERE CRISE : \_\_\_\_\_  
 TROUBLES NEUROLOGIQUES \_\_\_\_\_ TROUBLES DIGESTIFS \_\_\_\_\_

AUTRE (PRÉCISEZ) : \_\_\_\_\_

MÉDECIN TRAITANT: \_\_\_\_\_

MÉDICATION: \_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS OU INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 3. ALLERGIES

SI VOUS SOUFFREZ D'UNE ALLERGIE QUI PEUT METTRE VOTRE VIE EN DANGER, S.V.P., INFORMEZ VOTRE CAPITAIN.

ARACHIDES \_\_\_\_\_ ANTI-BIOTIQUES \_\_\_\_\_  
 PLUMES \_\_\_\_\_ PIQURES D'INSECT \_\_\_\_\_  
 CŒUFS \_\_\_\_\_ AUTRE (Précisez) \_\_\_\_\_

### TYPE DE RÉACTION :

USAGE DE L'AUTO-INJECTEUR EPIPEN: \_\_\_\_\_ SI OUI, INDIQUEZ L'ENDROIT OÙ SE TROUVE VOTRE AUTO-INJECTEUR \_\_\_\_\_  
 DATE D'EXPIRATION: \_\_\_\_\_ QTÉ: \_\_\_\_\_  
 MÉDICATION : USAGE DE LA CORTISONE \_\_\_\_\_ SI OUI, SPÉCIFIEZ : \_\_\_\_\_  
 AUTRE(S): (PRÉCISEZ) \_\_\_\_\_

## 4. CONTACT E CAS D'URGENCE

NOM: \_\_\_\_\_ PRENOM: \_\_\_\_\_  
 LIEN AVEC LE MEMBRE \_\_\_\_\_ TRAVAIL: \_\_\_\_\_  
 TÉLÉPHONE MAISON : \_\_\_\_\_

EN SITUATION D'URGENCE, J'AUTORISE LE CCL À COMMUNIQUER CETTE FICHE DE SANTÉ AUX PREMIERS RÉPONDANTS AFIN DE LEUR PERMETTRE DE DISPENSER LES SOINS D'URGENCE REQUIS. TOUT FRAIS DE TRANSPORT AMBULANCIER EN CAS D'URGENCE, EST À LA CHARGE DU MEMBRE.

## 5. SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
 LETTRES MOULÉES: \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_