

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 _____