



FICHE DE SANTÉ

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.

ANNEE 2021

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 SANTE 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 _____ ANTIBIOTHIQUES _____
PLUMES _____ PIQURES D'INSECT _____
ŒUFS _____ 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 _____