

Medical Form

This questionnaire is made up of simple, but important questions regarding your health that will help us better help you in case of injury. Please be honest and as precise as possible.

Name: _____ Age: _____

Address: _____ Height: _____

_____ Weight: _____

Email: _____

Telephone: (____) _____ - _____ Medicare #: _____

In case of emergency call: _____ Telephone (____) _____ - _____

- | | YES | NO |
|---|-------|-------|
| 1. Do you wear glasses? | _____ | _____ |
| 2. Do you wear contact lenses? | _____ | _____ |
| 3. Do you have hearing problems? | _____ | _____ |
| 4. Do you suffer from fainting spells? | _____ | _____ |
| 5. Do you have epilepsy? | _____ | _____ |
| 6. Have you ever suffered a head injury (concussion, etc)?
If yes, when? _____ | _____ | _____ |
| 7. Do you suffer from asthma? | _____ | _____ |
| 8. Do you have diabetes? | _____ | _____ |
| 9. Do you suffer from cardiac or vascular problems? | _____ | _____ |
| 10. Has your doctor ever told you that you have high blood pressure? | _____ | _____ |
| 11. Do you suffer from any allergies (including tape and/or glue)?
If yes, what: _____
And do you have an EpiPen? | _____ | _____ |
| 12. Are you taking any medication?
If yes, what? _____ | _____ | _____ |
| 13. Have you ever undergone surgery?
If yes, please list below. | _____ | _____ |
| 14. Have you suffered any type of injury in the last six months?
If yes, please list below. | _____ | _____ |
| 15. Do you suffer from any disease or ailment other than those mentioned above?
If yes, what? _____ | _____ | _____ |

Injuries/Surgeries (use back of page is necessary):

We ask of you, for your safety and for our knowledge, that should any of your health aspects change, you let us know immediately!! Thank you.

Participant Signature

Date

Fiche Médicale

Ce questionnaire comporte des questions simples, mais importantes par rapport à ta santé. Il servira à nous aider en cas de situation médicale. Sois honnête svp.

Nom: _____ Age: _____

Adresse: _____ Grandeur: _____

_____ Poids: _____

Courriel: _____

Téléphone: (____) _____ - _____ # Ass. Maladie: _____

En cas d'urgence appeler: _____ Téléphone: (____) _____ - _____

	OUI	NON
1. Portes-tu des lunettes?	_____	_____
2. Portes-tu des verres de contact?	_____	_____
3. As-tu des problèmes auditifs?	_____	_____
4. Souffres-tu d'évanouissement?	_____	_____
5. Souffres-tu d'épilepsie?	_____	_____
6. As-tu déjà souffert de traumatisme crânien (commotion, etc)? Si oui, quand? _____	_____	_____
7. Souffres-tu d'asthme?	_____	_____
8. Souffres-tu de diabète?	_____	_____
9. Souffres-tu d'une affection cardiaque ou vasculaire?	_____	_____
10. Ton médecin t'as-tu déjà mentionné que tu as une tension artérielle élevée?	_____	_____
11. Souffres-tu d'allergies (incluant le tape et/ou la colle)? Si oui, à quoi? _____ Et as-tu un Epi-Pen?	_____	_____
12. Prends-tu des médicaments? Si oui, lesquels? _____	_____	_____
13. As-tu déjà subi une intervention chirurgicale? Si oui svp énumérer au bas de la page	_____	_____
14. As-tu subi une blessure quelconque au cours des 6 derniers mois? Si oui svp énumérer au bas de la page	_____	_____
15. Souffres-tu de maladie ou d'affection autre que celles mentionnées ci-dessus? Si oui, laquelle? _____	_____	_____

Blessures/Interventions Chirurgicales (utiliser l'endos de la page si nécessaire):

Nous te demandons, pour ta sécurité et pour notre information, que s'il y a des changements médicaux, de nous en aviser immédiatement!! Merci.

Signature du Participant

Date

