



## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Lunettes

Verres de contact

Appareil auditif

Dentier

Prothèses

Autres : \_\_\_\_\_

## INTERVENTION CHIRURGICALES

Inscrire toutes les interventions chirurgicales majeures que l'athlète a subies ainsi que la date pour chacune d'elles.

\_\_\_\_\_  
Description

\_\_\_\_\_  
Année

\_\_\_\_\_  
Mois

\_\_\_\_\_  
Jour

\_\_\_\_\_  
Description

\_\_\_\_\_  
Année

\_\_\_\_\_  
Mois

\_\_\_\_\_  
Jour

\_\_\_\_\_  
Description

\_\_\_\_\_  
Année

\_\_\_\_\_  
Mois

\_\_\_\_\_  
Jour

## EN CAS D'URGENCE

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin de famille

( ) \_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Date du dernier examen

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne à contacter

( ) \_\_\_\_\_  
Téléphone - résidence

( ) \_\_\_\_\_  
Téléphone - cellulaire / bureau

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne à contacter

( ) \_\_\_\_\_  
Téléphone - résidence

( ) \_\_\_\_\_  
Téléphone - cellulaire / bureau

## COMPORTEMENTS SOCIAUX OU PSYCHOLOGIQUES

EST-CE QUE L'ATHLÈTE PRÉSENTE DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT ?

OUI

NON

Décrire le(s) comportement (s) :

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

Décrire les interventions suggérées pour chaque comportement :

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

## AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise Olympiques Spéciaux Québec et/ou son représentant ainsi que toute personne en charge dans un Centre de santé et de services sociaux à prendre les dispositions nécessaires afin que la personne ci-haut mentionné reçoive les soins appropriés en cas de maladie et/ou d'accidents. Il est entendu que j'en serai avisé dans les meilleurs délais.

Par la présente, j'accepte ces dispositions en toute connaissance de cause.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date