

Formulaire médical



ATHLÈTE (prénom, nom) : _____ Date de naiss. _____

Personne de contact en cas d'urgence :

Prénom, nom : _____

Mobile : _____ E-mail : _____

DIAGNOSTIQUE(S):

DÉSIGNATION	OUI	NON						
Diabète								
Maladie pulmonaire								
Hémophilie / Troubles de la coagulation								
Troubles du comportement								
Epilepsie								
Maladie / lésion du cœur								
Incontinence								
Test d'instabilité atlanto-axiale effectué en cas de trisomie 21								
Allergies : Médicaments (lesquels ?) _____ Piqûres d'insectes (lesquels ?) _____ Aliments (lesquels ?) _____								
Régime alimentaire spécial	végétarien	pas de porc						
Besoin régulier de médicaments ?								
Nom du médicament	Matin		Midi		Soir		Nuit	
	Heure	Qtité	Heure	Qtité	Heure	Qtité	Heure	Qtité
Remarques :								

Ce formulaire est à disposition de l'équipe médicale durant la manifestation et sera détruit par la suite. La prise des médicaments est sous l'entière responsabilité du coach.

Veuillez également indiquer les médicaments de réserve (nom et dosage) en cas, par ex., de crise d'épilepsie ou de réaction allergique :

Nom du médicament _____ Dose _____

Particularités _____

Le Headcoach, confirme que tous les athlètes annoncé-es sont en bonne condition physique et que, si nécessaire, tous les examens médicaux ont été effectués et que toutes les mesures ont été prises pour éviter d'éventuelles blessures lors de la pratique de leur sport. Il est responsable et décide si et comment l'athlète peut pratiquer son sport. L'organisation et Special Olympics Switzerland déclinent toute responsabilité en cas de blessure ou d'accident.

OUI , je confirme avoir compris le formulaire et l'avoir correctement complété.

Date : _____

Signature : _____
(Personne de contact)