



Alpine Canada Alpin
ÉVALUATION MÉDICALE

APPOSEZ
VOTRE
PHOTO
ICI

1. Informations de l'athlète

- a) Nom: _____
(nom de famille) (prénom)
- b) Date de naissance: _____
(mois) (jour) (année)
- c) Sexe: Masculin _____ Féminin _____
- d) Club de ski: _____
- e) Organisation provinciale de ski: _____

2. Historique médical (joindre des feuilles additionnelles au besoin)

- a) Historique familial: _____

- b) Passé médical/chirurgies (incluant les dates des opérations et les noms des médecins): _____

- c) Vaccins (incluant DPT/TD, Hép A et B, grippe): _____

3. Compte-rendu de l'état de santé actuel (joindre des feuilles additionnelles au besoin)

- a) Examen physiologique: _____

- b) Examen biomécanique (incluant examen musculosquelettique, ROM des articulations, alignement): _____

- c) Genre/santé du système de reproduction: Homme en santé _____ Femme en santé _____
- d) Vision: _____

(Nota: Il est suggéré que l'athlète subisse une évaluation de la vision sportive)

4. Résumé des préoccupations médicales et plan d'action (joindre des feuilles additionnelles au besoin)

Je déclare par la présente que cet athlète est physiquement apte à participer à tous les aspects du ski alpin de compétition.

Physician's Signature

Date

Physician's Name (please print)

Telephone