



Alpine Canada Alpin

Évaluation médicale

*Veuillez joindre une photo format passeport au formulaire dûment complétée

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ATHLÈTE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____ Genre : H F
(JJ/MM/AAAA) : _____

Numéro de carte d'assurance-maladie provinciale : _____
Couverture supplémentaire pour la santé si vous en possédez : _____

Nom du club : _____

Nom de l'Organisation provinciale de _____
ski:

2. HISTORIQUE MÉDICAL (Veuillez joindre des pages additionnelles au besoin)

Antécédents familiaux:

Historique personnel médical/chirurgies (incluant les dates des opérations et le nom des médecins/chirurgiens) :

Immunisations (DPT/TD, Hép A et B, grippe):

3. STATUT MÉDICAL ACTUEL (Veuillez joindre des pages additionnelles au besoin)

Examen physique:

Examen biomécanique (incluant un examen musculosquelettique, ADM des articulations, alignement):



ALPINE CANADA ALPIN

Alpine Canada Alpin
Suite 302, 151 Canada
Olympic Road S.W.
Calgary, AB, T3B 6B7
T: 403-777-3200
E: info@alpinecanada.org

Genre/appareil reproductif: _____ Homme en santé: _____ Femme en santé: _____
Vision: _____

Nota bene: il est recommandé que les athlètes subissent un test de la vue pour le sport.

4. RÉSUMÉ DES PRÉOCCUPATIONS MÉDICALES ET PLAN D'ACTION (Veuillez joindre des pages additionnelles au besoin)

Je reconnais par les présentes que cet athlète est physiquement capable de prendre part à tous les aspects de la compétition de ski alpin et/ou ski cross.

Signature du médecin

Date

Nom du médecin (caractères d'imprimerie)

Téléphone

VEUILLEZ JOINDRE DES PAGES ADDITIONNELLES AU BESOIN

*** Si vous vous blessez pendant la saison, veuillez vous renseigner auprès de votre entraîneur pour le processus d'application de la pénalité simple prévue à la FIS.*