



## FORMULAIRE DE DÉCLARATION MÉDICALE

Le football est une activité physique impliquant un effort physique important. Dans le cadre de ce questionnaire, nous voulons vérifier votre aptitude physique à pratiquer le football, afin de vous éviter un problème médical. Nous vous prions donc de répondre consciencieusement à ces quelques questions

### Identification

Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Téléphone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No d'ass.maladie \_\_\_\_\_

### État de santé

- |   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| <b>1. Affection des sens</b>  |     |     |
| A) Souffrez-vous d'une affection visuelle?  | ___ | ___ |
| B) Portez-vous des lunettes?  | ___ | ___ |
| C) Portez-vous des lentilles cornéennes?  | ___ | ___ |
| D) Avez-vous des problèmes auditifs?  | ___ | ___ |
| <b>2. Affections du système nerveux</b>   |     |     |
| A) Souffrez-vous d'évanouissement?  | ___ | ___ |
| B) Souffrez-vous d'épilepsie?   | ___ | ___ |
| C) Avez-vous déjà souffert de traumatisme crânien(commotion cérébrale)?<br>Si oui, quand? _____ | ___ | ___ |
| D) Souffrez-vous de désordres cervicaux ou neurologiques autres que ceux mentionnés ci-dessus?  | ___ | ___ |
| <b>3. Affections respiratoires;</b>   |     |     |
| A) Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique?  | ___ | ___ |
| <b>4. Problèmes rénaux</b>  |     |     |
| A) Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie rénale quelle qu'elle soit?                | ___ | ___ |
| <b>5. Problèmes musculo-squelettiques</b>   |     |     |
| A) Avez-vous une limitation de mouvements d'un de vos membres ou de la colonne vertébrale?      | ___ | ___ |
| B) Souffrez-vous de faiblesses musculaires?   | ___ | ___ |

6	<b>Problèmes Systémiques</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	A) Souffrez-vous de diabète?	___	___
	B) Avez-vous déjà souffert de rhumatisme aigu?	___	___
<b>7</b>	<b>Problèmes cardio-vasculaires;</b>		
	A) Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire?	___	___
	B) Ressentez-vous fréquemment des douleurs à la poitrine ou au cœur?	___	___
	C) Votre médecin vous a-t-il déjà mentionné que vous aviez une tension artérielle trop élevée?	___	___
<b>8</b>	<b>Problèmes cutanés</b>		
	A) Souffrez-vous de maladie contagieuse de la peau?	___	___
<b>9</b>	<b>Autres conditions ;</b>		
	A) Prenez-vous des médicaments?	___	___
	B) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Si oui, quand ? _____	___	___
	C) Avez-vous subi une blessure quelconque au cours des six derniers mois?	___	___
	D) Souffrez-vous de maladie ou d'affection autre Que celles mentionnées ci-dessus?	___	___
	E) Souffrez-vous d'allergies. Si oui, à quoi? _____	___	___

Pour votre propre sécurité, nous vous demandons de consulter votre médecin si vous avez répondu **oui** à une ou plusieurs questions mentionnées ci-dessus et d'envoyer une copie du rapport médical à votre entraîneur avec les recommandations du médecin.

Énumérer les blessures survenues dans la pratique de votre discipline et qui vous ont déjà tenu à l'écart du jeu.

---



---



---



---

Conformément à l'article 22.1 du règlement de sécurité de la Fédération de football amateur du Québec, vous êtes tenu de déclarer à votre entraîneur tout changement de votre état de santé qui empêche la pratique normale du football ou qui risque d'avoir des conséquences néfastes sur votre intégrité corporelle.

---

Signature du membre

---

Parent ou détenteur de  
L'autorité parentale

---

Date