



SHERBROOKE NATATION

Profil médical Formulaire

Ces données sont traitées de façon confidentielle. Elles ne sont recueillies que dans un but préventif

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

No ass.-maladie : _____ Groupe : _____

Expiration : _____

1. Le nageur souffre-t-il de : Asthme
 Diabète
 Épilepsie
 Autre maladie importante : _____

2. Indiquez les allergies importantes, s'il y a lieu : _____

3. Le nageur porte-t-il des lentilles cornéennes ou des verres correcteurs ? Oui Non

4. Le nageur doit-il prendre des médicaments régulièrement ? Oui Non

Si oui, indiquez lesquels : _____

À quelle fréquence : _____

Peut-il s'administrer ses propres médicaments : Oui Non

5. Donnez une description des blessures antérieures sérieuses :

6. Fournir toutes autres informations qui seraient susceptibles de compléter ce profil médical :

Signature du nageur ou parent : _____

Date : _____

