

Formulaire de Renouvellement de l'Inscription de l'Athlète

Exigé chaque année pour tous les athlètes participant aux Jeux olympiques spéciaux.

Special Olympics



Programme local Special Olympics : _____

Renseignements sur l'Athlète - À remplir par l'athlète ou le parent/tuteur/soignant.

Prénom : _____ Nom : _____ Deuxième prénom : _____
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____/____/____ Genre : Femme Homme Je préfère ne pas répondre
Adresse du domicile : _____ Pays : _____
Numéro de téléphone : _____ Mobile Téléphone fixe

Y a-t-il eu des changements dans vos antécédents médicaux au cours de la dernière année ?

Oui Non Si oui, veuillez remplir la section sur les antécédents médicaux. Si non, veuillez remplir la section des signatures.

Usage du bureau uniquement :

Numéro d'identification de l'athlète : _____

Antécédents médicaux

Les aides à la santé et/ou à la mobilité que l'athlète possède et qu'il peut utiliser pendant sa participation à Special Olympics.	PPC	Lunettes/Verres de contact/Lunettes de protection	Dispositif implantable pour prothèses convulsives
	Prothèses	Prothèse auditive/appareil de communication	Fauteuils Roulants/déambulateurs/attelles de jambe
	Implant	Stimulateur cardiaque/défibrillateur implanté	Dérivation du VP
	Aucun	Autre : _____	

Énumérez les allergies et/ou les besoins alimentaires :

Questions Générales sur la Santé :

Avez-vous une maladie cardiaque ?	Oui	Non	Souffrez-vous d'asthme ?	Oui	Non
Avez-vous déjà subi une blessure à la tête ou une commotion cérébrale ?	Oui	Non	Souffrez-vous de diabète ?	Oui	Non
Si oui, nombre de blessures à la tête/commotions cérébrales : _____			Avez-vous une déficience visuelle ?	Oui	Non
Date de la blessure à la tête ou de la commotion cérébrale la plus récente : _____			Avez-vous une déficience auditive ?	Oui	Non
Souffrez-vous d'un trouble de la coagulation ?	Oui	Non	Souffrez-vous de drépanocytose ?	Oui	Non
Souffrez-vous d'épilepsie ou de tout type de trouble convulsif ?				Oui	Non
Avez-vous des problèmes comportementaux, de santé mentale et/ou sensoriels qui pourraient avoir un impact sur votre participation ou celle des autres ?				Oui	Non

Si vous avez répondu oui à l'une des questions générales sur l'état de santé ci-dessus, veuillez fournir des détails supplémentaires :

Médicaments et traitements

Y a-t-il eu des changements dans vos ordonnances, vos médicaments en vente libre ou vos traitements ? Oui Non

Si oui, veuillez les énumérer ci-dessous :

Nom du médicament, de la vitamine ou du supplément	Dosage	Fois par jour	Nom du médicament, de la vitamine ou du supplément	Dosage	Fois par jour

Avez-vous des allergies graves qui nécessitent l'utilisation d'un EpiPen ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser s'il s'agit de l'une des entités suivantes :

Piqûres d'insectes Médicaments/drogues Nourriture Latex Autre (veuillez préciser) : _____

Je certifie que les informations fournies sur ce formulaire sont vraies et correctes au mieux de ma connaissance.

Signature : _____ Date : _____

Ce formulaire est-il rempli par quelqu'un d'autre que l'athlète ? Oui Non

Si oui, veuillez sélectionner la relation avec l'athlète :

Parent/tuteur Aidant naturel/autre membre de la famille Fournisseur de soins de santé Autre : _____