



# Profil de joueur

## Renseignements personnels

Nom			
Adresse			
Téléphone		Portable	
E-mail			
Date de naissance			

## Personne à contacter en cas d'urgence

Nom			
Adresse			
Lien de parenté (le cas échéant)			
Téléphone		Portable	

## Antécédents médicaux

Avez-vous déjà eu des maladies, handicaps physiques ou allergies?

Si vous répondez par Oui, veuillez faire la liste de ces maladies, handicaps physiques ou allergies.

Maladies/Handicaps (par ex. asthme, diabète, épilepsie, anémie, hémophilie, maladies virales, etc.)	Prise de médicaments (par ex. cachets, inhalateurs, crèmes, etc. donner les noms des médicaments)	Fréquence (par ex. deux fois par jour, seulement avec des symptômes, etc.)

Allergies (piques d'abeille, etc.)	Prise de médicaments (par ex. cachets, inhalateurs, crèmes, etc. donner les noms des médicaments)	Dose et fréquence

## Historique des blessures (faire une liste des blessures, quand avez-vous subi ces blessures et qui vous a traité)

Blessure (par ex. commotion)	Quand (par ex. sept 2007)	Soins reçus	Qui vous a traité (par ex. médecin)	État de votre blessure (complètement guérie ou non)



# Profil de joueur

## Evaluation de la santé et de la condition physique

Quels autres sports / activités physiques pratiquez-vous ?	
Combien d'heures par semaine vous entraînez-vous ?	
Avez-vous déjà joué au Rugby ?	
Si oui, où et pendant combien de saisons ?	
Taille	
Poids	

## Questionnaire cardiaque (prière de cocher chaque case qui s'applique à votre cas)

Évanouissement	<input type="checkbox"/>	Palpitations	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	Douleurs à la poitrine ou spasmes	<input type="checkbox"/>
À court de souffle ou plus facilement fatigué que les co-équipiers	<input type="checkbox"/>	Mort soudaine d'un membre immédiat de votre famille de moins de 50 ans	<input type="checkbox"/>
Historique de tension artérielle élevée	<input type="checkbox"/>	Fumeur (combien de cigarettes par jour)	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>		

## Signatures

Profil rempli le (date)	
Signature du joueur (ou du parent/tuteur si le joueur a moins de 18 ans)	
Signature du questionneur	
Date de contrôle (si applicable)	