EQUINE CANADA HIPPIQUE

Canada Hippique

FICHE MÉDICALE

2014

SI VOUS AVEZ DE LA DIFFICULTÉ À REMPLIR CE FORMULAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC VOTRE MÉDECIN.

DOCUMENT À CONSERVER Á DES FINS D'EXAMEN.

Nom : _____

Date de Naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse: _____

_____

_____

Numéro de tél. : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (SUITE)

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

TRANSPORT DU CHEVAL

Marque : _____

Modèle : _____

Couleur : _____

Numéro d'immatriculation : _____

COORDONNÉES DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse : _____

_____

_____

Numéro de tél. : _____

LE CONCURRENT DOIT REMPLIR TOUTES LES SECTIONS DE LA FICHE MÉDICALE ET LES METTRE À JOUR.

POUR REMPLIR LA FICHE MÉDICALE, VEUILLEZ CONSULTER LES RÈGLEMENTS DE CONCOURS COMPLET DE CANADA HIPPIQUE.

SI VOUS AVEZ DE LA DIFFICULTÉ À REMPLIR CETTE FICHE, VEUILLEZ CONSULTER VOTRE MÉDECIN.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Blessures Précédentes	Oui	Non
Tête		
Commotion cérébrale (Nombre)		
Visage		
Cou		
Dos		
Poitrine		
Abdomen		
Membres		
Interventions chirurgicales		
Diabète		
Épilepsie		
Syncope		
Asthme		
Cœur		
Autres (y compris les reins)		

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

	Oui	Non
Poumons		
Vision normale		
Pupilles normales		
Lentilles de contact		
Ouïe normale		
Aide auditive		
Allergies		
Médicaments		
Date du dernier vaccin antitétanique		

Veuillez indiquer ci-dessous les détails des blessures / interventions chirurgicales / troubles médicaux précédents, incluant les dates.

Date de l'accident	Compétition

Veuillez indiquer tout traitement médicamenteux en cours.

Veuillez indiquer si vous avez des allergies à des médicaments.