



# Medical Record and Medical Consent Form for Minors

Athlete's Name: \_\_\_\_\_

Permanent Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parent's Telephone: Home: \_\_\_\_\_ Business: \_\_\_\_\_

Emergency Telephone: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ give permission for emergency medical/surgical care to be given by Canadian Physicians forming part of the Championships team, or by such local practitioners as they see fit to select, to \_\_\_\_\_ who is my son/daughter.

It is understood that wherever possible I shall be contacted, informed of the problem, diagnosis, treatment required and the hoped for result.

Date: \_\_\_\_\_ Signed: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

## MEDICAL INFORMATION FORM

Name: _____	Height: _____ (cm)	Weight: _____ (kg)
Address: _____ _____ _____	Health Insurance N <sup>o</sup> : _____	
	Next of Kin: _____	
	Relationship: _____	
	Address: _____	
Phone N <sup>o</sup> : _____		
Age: _____ Birthdate: Day _____ Month _____ Year _____	Phone N <sup>o</sup> : _____	

## MEDICAL ALERT

Blood Type: _____	Contacts: _____
Asthma: _____	Medications: _____
Diabetes: _____	Allergies: _____
Epilepsy: _____	Hearing Aid: _____
Abnormal Heart: _____	Dentures: _____
Rheumatic Fever: _____	
History of Concussion: _____	
General History: _____	
Operations: _____	
Illness: _____	
Parts Taped: _____	Parts Braced: _____



**FORMULAIRE MÉDICALE POUR LES  
MOINS DE 18 ANS / HISTORIQUE  
MÉDICALE**

Nom du participant: \_\_\_\_\_

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

Téléphone Parent: Maison: \_\_\_\_\_ Travail: \_\_\_\_\_

Téléphone d'urgence: \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_ donne la permission d'administrer à  
\_\_\_\_\_ (fils/fille), suite à une urgence médicale, tous les soins jugés  
nécessaires par un médecin canadien selon ses directives. Il est entendu que dans la mesure du possible je serai avisé(e) et informé(e)  
de la situation médicale, du diagnostique et des traitements nécessaires dans l'espérance d'un résultat positif.

Date : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Signé : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Signé : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE INFORMATION MÉDICALE**

Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Assurance Maladie : \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Médication actuelle : \_\_\_\_\_

Type Sanguin: \_\_\_\_\_ Verre de contact: \_\_\_\_\_

Asthme: \_\_\_\_\_ Diabète: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Épilepsie: \_\_\_\_\_

Support auditif: \_\_\_\_\_ Malformation cardiaque : \_\_\_\_\_

Historique de Commotion cérébrale : \_\_\_\_\_

Historique général : \_\_\_\_\_

Opérations : \_\_\_\_\_

Maladie : \_\_\_\_\_

Bandage : \_\_\_\_\_ Orthèse : \_\_\_\_\_