Canada Équestre

# FICHE MÉDICALE 2016

**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.