



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

Questionnaire de santé pré-saison- athlètes vétérans



Gee-Gees de l'Université d'Ottawa

Date : ____/____/____ Nom : _____ Femme Homme

Date de naissance : ____/____/____ Courriel : _____

Sport : _____ Année : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom du médecin de famille : _____ No tél. : _____ Ville : _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom : _____

Lien de parenté (parent, frère, sœur) : _____

Téléphone : Cell. : _____ Domicile : _____ Bureau : _____

TOUTES LES INFORMATIONS DEMEURERONT CONFIDENTIELLES

SVP lister

1) TOUS les médicaments et suppléments que vous prenez : _____

2) Allergies : _____

Dans la dernière année, SVP lister :

Nouvelles blessures (incluant commotions): _____

Nouveaux problèmes de santé: _____

Nouvelles immunizations: _____

Nouveaux antécédents familiaux: _____

SVP utiliser verso si vous avez besoin plus d'espace