



Appendix 2

MEDICAL HISTORY INFORMATION	YES / NO (CIRCLE)	IF ANSWERED YES, PLEASE DESCRIBE
In the last year, has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reasons?	<b>YES / NO</b>	
Have you had any surgery in the last 12 months?	<b>YES / NO</b>	
Have you been diagnosed with a fracture, stress fracture or other bone injury in the last 12 months?	<b>YES / NO</b>	
Have you had any of the following injuries or conditions;		
Head injury /concussion	<b>YES / NO</b>	
Neck or back injury	<b>YES / NO</b>	
Trauma or overuse to any joint/bone	<b>YES / NO</b>	
Trauma or overuse to any ligament/tendon	<b>YES / NO</b>	
Asthma/breathing problems	<b>YES / NO</b>	
Bleeding or blood disorder	<b>YES / NO</b>	
Diabetes		
Heart disease	<b>YES / NO</b>	
History of seizures/epilepsy	<b>YES / NO</b>	
Mononucleosis	<b>YES / NO</b>	
Infectious diseases (organs, bones etc.)	<b>YES / NO</b>	
Skin conditions including infection	<b>YES / NO</b>	
Other	<b>YES / NO</b>	
Are you currently taking any medication? Please list -	<b>YES / NO</b>	- - - -
Are you currently wearing any type of protective equipment, bracing or taping for any existing injury or condition?	<b>YES / NO</b>	
Do you have any allergies? Please describe the severity -	<b>YES / NO</b>	



# Gymnastics Canada Gymnastique



## HISTORIQUE MÉDICAL (COMPLÉTEZ UN FORMUALIRE PAR ATHLÈTE)

### LE FORMUALIRE DOIT ÊTRE DÛMENT COMPLÉTÉ

1. NOM DE L'ATHLÈTE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

2. INFORMATION DU PARENT OU TUTEUR LÉGAL (COMPLÉTEZ POUR MOINS DE 18 ANS)

NOM: \_\_\_\_\_ # TÉL. JOUR: \_\_\_\_\_

# TÉL. SOIRÉE: \_\_\_\_\_ AUTRE # TÉL: \_\_\_\_\_

3. INFORMATION D'URGENCE (COMPLÉTEZ SI DIFFÉRENT DE LA SECTION 2)

NOM: \_\_\_\_\_ # TÉL. JOUR: \_\_\_\_\_

# TÉL. SOIRÉE: \_\_\_\_\_ AUTRE # TÉL: \_\_\_\_\_

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE

NOM DU MÉDECIN: \_\_\_\_\_ # TÉL: \_\_\_\_\_

5. INFORMATION MÉDICALE

CARTE ASSURANCE MALADIE: \_\_\_\_\_

NUMÉRO

PROVINCE

Les services médicaux locaux sont couverts par les régimes de santé provinciaux et nécessite une carte d'assurance maladie valide. Veuillez apporter votre carte avec vous à l'événement ou nous fournir les informations ci-haut et nous nous assurerons que la clinique médicale en dispose.

Veuillez écrire clairement (si vous répondez OUI à une question, veuillez indiquer le diagnostic, le traitement que vous recevez ou que avez reçu et si vous avez reçu l'autorisation de concourir.)

HISTORIQUE MÉDICAL	OUI / NON (ENCERCLEZ)	SI VOUS RÉPONDEZ OUI, VEUILLEZ EXPLIQUER
Connaissez-vous une raison (santé) pour laquelle vous ne devriez pas participer à un événement de gymnastique?	<b>OUI / NON</b>	

## Appendix 2

HISTORIQUE MÉDICAL	OUI / NON (ENCERCLEZ)	SI VOUS RÉPONDEZ OUI, VEUILLEZ EXPLIQUER
Est-ce qu'un médecin vous a refusé ou limité votre participation à des sports dans la dernière année?	<b>OUI / NON</b>	
Avez-vous eu une chirurgie au cours des 12 derniers mois?	<b>OUI / NON</b>	
Avez-vous été diagnostiqué avec une fracture, fracture de stress ou blessure osseuse au cours des 12 derniers mois?	<b>OUI / NON</b>	
Avez-vous eu des blessures ou conditions suivantes;		
Blessure à la tête /commotion	<b>OUI / NON</b>	
Blessure au dos ou au cou	<b>OUI / NON</b>	
Trauma ou surutilisation de jointure / os	<b>OUI / NON</b>	
Trauma ou surutilisation de ligament/tendon	<b>OUI / NON</b>	
Asthme / problème de respiration	<b>OUI / NON</b>	
Saignement ou trouble sanguin	<b>OUI / NON</b>	
Diabète	<b>OUI / NON</b>	
Maladie du coeur	<b>OUI / NON</b>	
Antécédents de convulsions / épilepsie	<b>OUI / NON</b>	
Mononucléose	<b>OUI / NON</b>	
Maladie infectieuse (organes, os etc.)	<b>OUI / NON</b>	
Affection de la peau incluant infection	<b>OUI / NON</b>	
Autre	<b>OUI / NON</b>	
Prennez-vous présentement des médicaments? Veuillez lister	<b>OUI / NON</b>	- - - -
Portez-vous actuellement un équipement de protection, "taping" pour toute blessure ou condition?	<b>OUI / NON</b>	
Avez-vous des allergies? Veuillez décrire la sévérité -	<b>OUI / NON</b>	

HISTORIQUE MÉDICAL	OUI / NON (ENCERCLEZ)	SI VOUS RÉPONDEZ OUI, VEUILLEZ EXPLIQUER
Avez-vous un "EPI pen"?	<b>OUI / NON</b>	
Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact?	<b>OUI / NON</b>	
Portez-vous des appareils dentaires?	<b>OUI / NON</b>	
Avez-vous des antécédents familiaux médicaux importants?	<b>OUI / NON</b>	

**COMMENTAIRES:**


---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**CONSENMENET MÉDICAL**

Je, \_\_\_\_\_ (soussigné), convient que la relation entre tout médecin traitant, thérapeute ou alliés du personnel médical et moi, dans le cadre de l'événement seront régies par et développés en conformité avec les lois de la province dans laquelle l'événement est tenu.

Je \_\_\_\_\_ (soussigné), affirme que, au meilleur de ma connaissance, toutes les réponses sur le formulaire d'antécédents médicaux sont corrects.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'athlète

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur (si l'athlète a moins de 18 ans)