

Appendix 2

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

Appendix 2

MEDICAL HISTORY INFORMATION	YES / NO (CHECK)	IF ANSWERED YES, PLEASE DESCRIBE
Do you carry and EPI pen?	YES / NO	
Do you wear eye glasses or contact lenses?	YES / NO	
Do you wear dental appliances?	YES / NO	
Do you have any significant family medical history?	YES / NO	

COMMENTS:

MEDICAL WAIVER

I, _____(the undersigned), hereby agree that the relationship between myself and any attending physician, therapist or allied medical personnel in connection with the event shall be governed by and constructed in accordance with the laws of the province in which the event is being held.

I _____ (the undersigned), state that, to the best of my knowledge, all of the answers on the preceding Medical History form are correct.

Signature of Athlete

Signature of Parent/Guardian (if athlete is under 18 years of age)

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?	OUI / NON	

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?	OUI / NON	
Avez-vous eu une chirurgie au cours des 12 derniers mois?	OUI / NON	
Avez-vous été diagnostiqué avec une fracture, fracture de stress ou blessure osseuse au cours des 12 derniers mois?	OUI / NON	
Avez-vous eu des blessures ou conditions suivantes;		
Blessure à la tête /commotion	OUI / NON	
Blessure au dos ou au cou	OUI / NON	
Trauma ou surutilisation de jointure / os	OUI / NON	
Trauma ou surutilisation de ligament/tendon	OUI / NON	
Asthme / problème de respiration	OUI / NON	
Saignement ou trouble sanguin	OUI / NON	
Diabète	OUI / NON	
Maladie du coeur	OUI / NON	
Antécédents de convulsions / épilepsie	OUI / NON	
Mononucléose	OUI / NON	
Maladie infectieuse (organes, os etc.)	OUI / NON	
Affection de la peau incluant infection	OUI / NON	
Autre	OUI / NON	
Prennez-vous présentement des médicaments? Veuillez lister	OUI / NON	- - - -
Portez-vous actuellement un équipement de protection, "taping" pour toute blessure ou condition?	OUI / NON	
Avez-vous des allergies? Veuillez décrire la sévérité -	OUI / NON	

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

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)