**MEDICAL SUMMARY FORM**

**FORMULAIRE DU SOMMAIRE MÉDICAL**

* Information to be used for medical screening and emergency.
* L’information ne sera utilisée que pour dépistage ou en cas d’urgence médicale.

**Personal Information**

**Renseignements personnels**

Family name – Nom

Name - Prénom

Address – L’adresse

City – Ville

Province Postal code – Code postal

dj/mmm/yyaa

D.O.B. – Date de naissance Phone # Téléphone

 Male **□** Home Female **□** Femme

Gender - sexe

 Age division Weight category

 Division d’âge Catégorie de poids

 Province of registration # Judo Canada #

Province d’affiliation

**Emergency Contact**

**Personne à contacter en cas d’urgence**

Emergency contact name – Nom et prénom

Relationship – Lien de parenté

Home phone # - Téléphone a la maison

Work phone # - Téléphone au travail

**Significant injuries or treatments in the last 6 months**

**Blessures ou traitements importants**

**dans les 6 derniers mois**

Details/détails

**Medical Information**

**Renseignements médicaux**

 Medicare# Assurance maladie Province

Expiry date d’expiration

Blood type - Type sanguin

 No/non Yes/Oui

Do you wear glasses/contacts? □ □

Portez-vous des lunettes/verres correcteurs?

Medication – Médication □ □

Details

Allergies □ □

Details

Recent wt. loss – Perte de poids récente □ □ Kgs

Recent concussion – Commotion récente □ □

Date

**Medical History**

**Problèmes médicaux**

 No/non Yes/Oui

Head injury – blessure a la tête □ □

Seizure/convulsion – convulsion □ □

Heart problems – Troubles cardiaques □ □

High blood pressure – Haute tension □ □

Blood problems/bruising – problèmes □ □

Sanguins/Ecchymoses

Asthma – Asthme □ □

Diabetes - Diabète □ □

Menstrual problems – Problèmes □ □

Menstruels

Abdominal problems – Problèmes abdominaux □ □

Heat / Dehydration – Bouffées de chaleur □ □

/déshydrations

Anaphalaxis – Anaphalaxie □ □

Skin disorders/lésions – Problèmes cutanées/ □ □

 Lésions

If yes – si oui:

Details

Athlete signature – Signature de l’athlète

Witness – Témoin

Parent Signature (if under 18) – Signature d’un parent (si moins de 18 ans)

Date