

\* Use of high quality mouth guards are recommended during competition and other forms of sparring.

\* L'utilisation d'un protège buccal synthétique de qualité est recommandée lors de la compétition et autres formes d'entraînement.

Revised / Révision

16/01/2009

## 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 – Adresse

City – Ville

Province

DJ / MM / YYAA

D.O.B. - Date de naissance

Male  Homme

Gender – Sexe

Postal code - Code postal

( ) -

Phone # Téléphone

Female  Femme

Age division  
Division d'âge

Weight category  
Catégorie de poids

Province of registration  
Province d'affiliation

# Judo Canada #

### Emergency Contact Personne à contacter en cas d'urgence

Emergency contact name - Nom et prénom

Relationship - Lien de parenté

( ) -

Home phone # - Téléphone à 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

DJ / MM / YYAA

Expiry date d'expiration

Blood type - Type sanguin

N Y - O

Do you wear glasses/contacts?  
Portez-vous des lunettes/verres correcteurs?

Medication - Médication

Details

Allergies

Détails

Recent weight loss - Perte de poids récente

Kg

Recent concussion - Commotion récente

Date

DJ / MM / YYAA

### Medical History Problèmes médicaux

N Y - O

Head injury - Blessure à la tête

Seizure/Convulsion - Convulsion

Heart problems - Troubles cardiaques

High blood pressure - Haute tension

Blood problems/Bruising - Problèmes sanguins/Echymoses

Asthma - Asthme

Diabète

Menstrual problems - Problèmes menstruels

Abdominal problems - Problèmes abdominaux

Heat/Dehydration

Bouffées de chaleur/Déshydratation

Anaphylaxis - Anaphylaxie

Skin disorders/lesions

Problèmes cutanés/lésions

If yes - Si oui ...

Details

Détails

Athlete signature – Signature de l'athlète

Witness - Témoin

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

Date