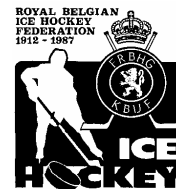


# FÉDÉRATION ROYALE BELGE DE HOCKEY SUR GLACE

## Saison : 2009 - 2010



### A REMPLIR PAR LE JOUEUR / JOUEUSE

(Éventuellement en concertation avec le médecin traitant, parent(s))

Nom:	Prénom:
Club:	Date de Naissance:
Sexe:	Nationalité:
État Civil:	Tél:
Adresse:	Email:
	Profession:

### QUESTIONS

Oui Non PRECISIONS

QUESTIONS	Oui	Non	PRECISIONS
Avez-vous déjà perdu connaissance pendant ou après avoir fait un effort ?			
Avez-vous déjà eu des vertiges pendant ou après avoir fait un effort ?			
Avez-vous déjà eu mal à la poitrine pendant ou après avoir fait du sport ?			
Avez-vous déjà senti votre cœur s'emballer ou battre la chamade ?			
Etes-vous plus vite fatigué(e) que votre coéquipier pendant un entraînement ?			
Avez-vous déjà eu trop de tension ou trop de cholestérol ?			
Vous a t'on jamais dit que vous avez un souffle cardiaque ?			
Avez-vous un membre de la famille qui est décédé suite à des problèmes cardiaques ou qui est décédé subitement avant ses 50 ans ?			
Avez-vous eu le mois écoulé une infection virale sérieuse (ex. Inflammation du cœur ou glandes gonflées) ?			
Avez-vous une allergie (ex. Pollen, médicaments, alimentation, insectes) ?			
Avez-vous déjà eu des éruptions ou démangeaisons pendant des efforts ?			
Avez-vous déjà eu des problèmes de toux, court d'haleine ou autres problèmes de respiration pendant ou après un effort ?			
Avez-vous de l'asthme ?			
Prenez-vous pour le moment des médicaments prescrits ou non prescrits, des pilules ou employez-vous un inhalateur ?			
Etes-vous malade pour le moment ou souffrez-vous d' une maladie chronique ?			
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?			
Avez-vous du arrêter votre sport durant une période prolongée pour des raisons médicales ?			
Avez-vous déjà eu des fractures ou des déboîtements ?			
Etes-vous blessé(e) pour le moment, ou l'avez-vous été dernièrement ?			
Employez-vous durant les matchs ou entraînements du matériel de protection pour la prévention de blessure (braces, semelle orthopédique, tapes ...) ?			
Avez-vous régulièrement des problèmes corporel pendant les entraînements ou matchs ?			
Avez-vous jamais eu une sensation de vide, picotements dans les bras, jambes ou pieds ?			
Avez-vous déjà pris des compléments alimentaires ou vitamines pour améliorer votre poids ou prestations ?			
Avez-vous pour le moment des problèmes de peau (ex. démangeaisons, éruptions, acnée, mycose ou cloque ) ?			
Avez-vous déjà perdu connaissance ou perdu la mémoire ?			
Avez-vous déjà eu une crise d'épilepsie ?			
Avez-vous souvent des migraines ?			
Etes-vous déjà devenu(e) malade en ayant fait du sport par fortes chaleurs ?			
Vous sentez-vous stressé(e), irritable, dépressif(sive) ou épuisé(e) ce dernier temps?			
Quand avez-vous eu un contrôle des yeux ? + résultat			
Date du dernier contrôle dentaire:			

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

Nom du joueur: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**EXAMEN CLINIQUE**

Taille (cm):	Poids (kg) :
Tension:	Pouls au repos:
Vision:Droite:      Gauche:	Correction: Oui/Non*      Pupille : Egale / Pas égale

Normale      Constatation d'anomalie :

Perspective générale		
Yeux/nez/gorge/oreilles		
Glandes lymphatique		
Cœur		
Poumons		
Pulsations		
Abdomen		
Génital (seul masc.)		
Peau		
Neuro		
Cou		
Dos		
Épaule / bras		
Coude / avant bras		
Poignet /main		
Hanche / cuisse		
Genoux		
Jambes / chevilles		
Pieds		

Je, soussigné(e), joueur/joueuse \_\_\_\_\_ déclare que les informations indiquées sont correctes et remplies en âme et conscience.

Date : .. / .. / ....

Signature du joueur/joueuse:

Je, soussigné, Dr. \_\_\_\_\_ déclare que \_\_\_\_\_

est apte \*

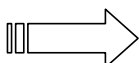
est apte après évaluation / revalidation de : \* \_\_\_\_\_

N'EST PAS apte pour les raisons suivantes : \* \_\_\_\_\_  
a jouer au hockey sur glace.

Date : .. / .. / ....

Signature et cachet du médecin:

Veuillez envoyer à :



*Dr. Jens Van Akeleyen*  
Président Commission Médicale FRBHG  
Larikslaan 14  
B-2200 Herentals



\*Biffer les mentions inutiles