



Nom - Name : ..... Âge - Age : .....

Prénom - First name : .....

Véhicule numéro - Vehicle No : .....

Adresse - Adresss : .....

Code postal - Zip : .....

Pays - State Country : .....

Équipe - Support Crew at Event : .....

Nom - Name : ..... Téléphone - Phone : .....

Nom - Name : ..... Téléphone - Phone : .....

Nom - Name : ..... Téléphone - Phone : .....

Personne à contacter en cas d'urgence - Emergency Contact :

Nom - Name : ..... Téléphone - Phone : .....

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

## MEDICAL INFORMATION

Cocher chaque catégorie s'il vous plaît - Please Check Each Category :

Lentilles de contact - Contact lens :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Appareil dentaire - Dentures :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Asthme - Asthmatic :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Diabète - Diabetic :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Pace maker - Pace maker :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Épilepsie - Epileptic :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Hémophilie - Hemophiliac :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Appareil auditif - Hearing impaired :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Hypertension - Hypertension :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Grossesse - Pregnant :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Allergies - Allergies :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Médecin traitant - Physicien :

Nom - Name : ..... Téléphone - Phone : .....

Date du dernier vaccin tétanos - Date of Last Tetanus Shot : .....

Traitement médical en cours - Prescription Medications : .....

Allergies médicamenteuses - Allergies to Medications : .....

Antécédants chirurgicaux - Past Surgical History : .....

Autres problèmes médicaux - Other Medical Issues :

Diabétique insulino-dépendant - Insulin Dependent Diabetic :	<input type="checkbox"/>	Maladie cardiaque - Heart Disease :	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle - High Blood Pressure :	<input type="checkbox"/>	Problèmes respiratoires - Respiratory Problems :	<input type="checkbox"/>
Blessures à la tête anciennes - Previous Head Injuries :	<input type="checkbox"/>	Problèmes sanguins - Anémie - Blood Problems - Anemia :	<input type="checkbox"/>
Problèmes de coagulation - Blood Problems Clotting Difficulties :	<input type="checkbox"/>	Problèmes musculo-squelettiques - Musculoskeletal Problems :	<input type="checkbox"/>
????? - Malignancy :	<input type="checkbox"/>	Trouble épileptique - Seizure Disorder :	<input type="checkbox"/>

Autres problèmes de santé spécifiques - Other Special Needs : .....

**Autorisation pour les soins d'urgence:** En cas d'urgence ou de cas où je suis incapable de donner mon consentement en raison d'une maladie ou d'une blessure, j'autorise toute personne qualifiée à administrer les premiers soins et / ou tout autre traitement nécessaire. J'autorise en outre tout chirurgien autorisé à effectuer une intervention chirurgicale qui sauvera des vies, si le besoin de recourir à la chirurgie est convenu par le jugement de deux (2) médecins.

**Authorization for Emergency Care:** In case or an emergency, wherein I am incapable of giving consent due to illness or injury, I authorize any qualified person to administer first aid and/or other necessary treatment. I further authorize any licensed surgeon to perform life-saving surgery, if the need of surgery is agreed upon by two (2) physicians' judgment

Date - Date : ..... Signature - Signed : .....