

Stage de Basket en Espagne



Baskonia

Stage de basket

Basketball Camp Health Statement

Certificat médical pour le stage de basket

Please, remember that –as specified on the Web site– to attend the basketball camp each camper must have a medical certificate that declares the suitability to play basketball.

Veillez-vous assurer –comme précisé sur le site– qu’afin de pouvoir participer au stage de basket chaque stagiaire doit avoir un certificat médical l’autorisant à jouer au basketball.

- Please be sure to bring a health statement form with you. It must be signed by a physician and dated within 12 months before the first day of the camp indicating if your son or daughter is in good physical condition to play basketball
- Veuillez amener un certificat médical avec vous. Il doit être signé par votre médecin et dater de 12 mois avant le premier jour du stage et devra attester que votre fils ou votre fille a les conditions physiques requises pour jouer au basket
- If you do not have this document yet, you can find an example on the following page.
- Si vous ne possédez pas ce document, vous pourrez trouver un exemplaire à la page suivante.
- Please, remember that if your kid needs medication you have to send medication in its original container, along with explicit dosage instructions to the camp nurse or healthcare facility. A signed medical-release form should accompany all prescription medication (in English or Spanish)
- Si votre enfant prend des médicaments, veuillez les conserver dans leur boîte, ainsi que les instructions de dosage, afin de faciliter leur administration à l’infirmière ou au personnel qualifié. Une ordonnance signée par votre médecin doit accompagner tout médicament prescrit (en anglais ou en espagnol)

- If the camper has glasses or contact lens, bring 2 glasses, two lens sets and contact lens cleaner.
- Si le stagiaire porte des lunettes ou des lentilles de contact, nous lui recommandons d'apporter avec lui 2 paires de lunettes et le nécessaire pour l'entretien de ses lentilles de contact au Camp.



Exemplaire de certificat médical pour le stage

Basketball Health Statement Certificat médical pour le basket

(To be filled out by a physician)

(À être rempli par un médecin)

Date _____
Date _____

Name of the Camper _____
 Date of birth ____ / ____ / ____ Age ____ Sex ____
 Address _____
 City _____ State _____ Country _____ Zip _____
 Guardian's Name _____
 Occupation _____
 Phone Number _____
 Emergency Phone Number _____

Nom du stagiaire _____
 Date de naissance ____ / ____ / ____ Âge ____ Sexe ____
 Adresse _____
 Ville _____ Etat _____ Pays _____ C. postal _____
 Nom du tuteur légal _____
 Emploi _____
 Numéro de téléphone _____
 Numéro de téléphone d'urgence _____

	Normal	Abnormal	Comments
Eyes			
Ears			
Nose			
Throat			
Lungs			
Heart			
Blood Pressure			

	Normal	Anormal	Commentaires
Yeux			
Oreilles			
Nez			
Gorge			
Poumons			
Cœur			
Pression artérielle			

Previous Injuries: (list) _____

Allergic Reactions: _____

Medication Needed: _____

Date of Last Tetanus: _____ Other Instructions: _____

Medicine brought _____ along _____ to _____ camp: _____
 _____ [] [Camper may use Tylenol: yes] no

Physician Name _____

Signature of Physician _____

I authorize the medical staff at ZadorSpain, Baskonia, or others to whom my son/daughter is referred, to provide appropriate diagnostic and/or medical care during the camp program. I am to be contacted prior to further diagnostic, surgical, or specialist care.

Parent's or Guardian's Signature _____

Blessure antérieures: (lister) _____

Réactions allergiques: _____

Médicaments nécessaires: _____

Date du dernier tétanos : _____ Autres instructions: _____

Médecin sur les lieux du stage: _____

Le stagiaire est autorisé à prendre du Tylenol : oui non

Nom du médecin traitant _____

Signature du médecin _____

J'autorise l'équipe médicale de ZadorSpain, Baskonia, ou autres auxquels mon fils/ma fille pourra se référer, afin qu'on lui apporte les diagnostics et/ou suivi médical appropriés durant le stage. Pour toute décision, je suis la personne à être contactée en cas de besoin de diagnostic, soins chirurgicaux, ou spécialisés

Signature du parent ou du tuteur légal _____