

## Document 5



### Certificat médical pour le stage de basket

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.

Veillez nous envoyer un certificat médical. 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.

Si vous ne possédez pas ce document, vous pourrez trouver un exemplaire à la page suivante

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. Un formulaire d’autorisation médicale signé par votre médecin doit accompagner tout médicament prescrit (en anglais ou en espagnol).

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.



## Document 5

### Exemplaire de certificat médical pour le basket

(À être rempli par un médecin)

Date \_\_\_\_\_

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	Anormal	Commentaires
Yeux			
Oreilles			
Nez			
Gorge			
Poumons			
Cœur			
Pression artérielle			

Blessure antérieures: (lister) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Réactions allergiques: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicaments requis : \_\_\_\_\_

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 traitant \_\_\_\_\_

J'autorise l'équipe médicale de ZadorSpain, 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 \_\_\_\_\_