

NOM: _____
MOBILE #: _____
DOMICILE #: _____
RAMQ #: _____
DATE D'EXPIRATION: _____
DATE DE NAISSANCE (AA/MM/JJ): _____

ÉQUIPE: _____ POSITION : _____
PARENT/GARDIEN EN CAS D'URGENCE:
NOM: _____
TÉLÉPHONE: _____
NOM: _____
TÉLÉPHONE: _____

**SVP RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS
SI VOUS RÉPONDEZ OUI, VEUILLEZ DONNER DES DÉTAILS (CÔTÉ, DATE, TRAITEMENT REÇU)**

GÉNÉRAL

Avez-vous souffert d'une maladie ou d'une blessure grave au cours des 12 derniers mois?	OUI	NON
Avez-vous une maladie grave ou un problème médical chronique?	OUI	NON
Avez-vous des problèmes respiratoires?	OUI	NON
Avez-vous des allergies?	OUI	NON
Prenez-vous des médicaments, incluant les médicaments contre l'asthme?	OUI	NON
Avez-vous déjà eu un coup de chaleur ou une insolation?	OUI	NON
Avez-vous déjà eu une crise d'épilepsie?	OUI	NON
Avez-vous déjà eu une chirurgie ou avez-vous déjà été hospitalisé?	OUI	NON
Vous a-t-on déjà conseillé d'arrêter l'exercice à cause d'un problème médical?		
Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, veuillez fournir de plus amples détails (dates, traitements reçus, etc.)		

TÊTE ET COU

Avez-vous déjà eu une ou des commotions cérébrales? Si oui, indiquer les dates et la durée de la récupération: OUI NON

Normalement, sentez-vous l'un des éléments suivants :

<input type="checkbox"/> Mal de tête	<input type="checkbox"/> "Pression dans la crane"	<input type="checkbox"/> Douleur dans le cou
<input type="checkbox"/> Nausée	<input type="checkbox"/> Étourdissements	<input type="checkbox"/> Vision trouble
<input type="checkbox"/> Problème d'équilibre	<input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière	<input type="checkbox"/> Sensibilité au bruit
<input type="checkbox"/> Sensation d'être ralenti	<input type="checkbox"/> Sensation d'être "dans la brouillard"	<input type="checkbox"/> Ne pas sentir normal
<input type="checkbox"/> Problèmes de mémoire	<input type="checkbox"/> Problèmes de concentration	<input type="checkbox"/> Fatigue ou pas d'énergie
<input type="checkbox"/> Confusion	<input type="checkbox"/> Somnolence	<input type="checkbox"/> Difficulté d'endormissement
<input type="checkbox"/> Émotivité accrue	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Tristesse
<input type="checkbox"/> Nervosité ou anxiété		

Vous êtes-vous déjà fracturé un os de la tête, du cou ou du visage?	OUI	NON
Avez-vous déjà eu une blessure à un œil?	OUI	NON
Portez-vous des lunettes ou des contacts?	OUI	NON
Portez-vous des appareils dentaires?	OUI	NON
Manquez-vous des dents?	OUI	NON

Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, veuillez fournir de plus amples détails (dates, traitements reçus, etc.)

Lorsque vous faites de l'exercice, vous est-il déjà arrivé de:

a) vous évanouir?	OUI	NON
b) vous sentir étourdi?	OUI	NON
c) ressentir une douleur à la poitrine?	OUI	NON

Avez-vous déjà été diagnostiqué des problèmes médicaux suivants?

- | | | |
|---|-----|-----|
| a) Hypertension artérielle ou pression artérielle élevée? | OUI | NON |
| b) Hypercholestérolémie ou taux élevé de cholestérol? | OUI | NON |
| c) Souffle cardiaque? | OUI | NON |
| d) Arythmie cardiaque ou trouble du rythme cardiaque? | OUI | NON |
| e) Historique de problèmes cardiaques? | OUI | NON |

Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, veuillez fournir de plus amples détails (dates, traitements reçus, etc.)

Avez-vous déjà été diagnostiqué d'un trouble d'apprentissage? OUI NON

Avez-vous déjà été victime d'un accident de la route? OUI NON

Si oui, veuillez fournir de plus amples détails (dates, traitements reçus, etc.)

Avez-vous déjà eu une fracture? OUI NON

Vous êtes-vous déjà disloquée une épaule, un coude, une hanche ou un genou? OUI NON

Vous a-t-on inséré des vis ou une plaque dans votre corps lors d'une chirurgie? OUI NON

Avez-vous déjà eu une entorse ligamentaire sévère? OUI NON

Avez-vous déjà eu une blessure musculaire sévère? OUI NON

Portez-vous un appareil orthopédique pour ces blessures? OUI NON

Ressentez-vous des douleurs au dos? Si oui, indiquez la fréquence?

Rarement Occasionnellement Fréquemment

Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, veuillez fournir de plus amples détails (dates, traitements reçus, etc.)

Avez-vous d'autres conditions médicales qui n'ont pas été apportées par ce questionnaire?

CONSENTEMENT

a) Générale

Je certifie que j'ai fait une divulgation complète concernant toutes maladies et blessures, et que j'ai répondu complètement et sincèrement à toutes les questions qui m'ont été posées sur ce questionnaire médical et par les thérapeutes du sport certifiés de *Cliniques RTP Performance Inc.* Je donne la permission au thérapeute du sport agréé pour tous traitements jugés nécessaires dans le cas où une situation d'urgence devrait se produire.

b) Consultation Externe

Je comprends que si je choisis de demander un avis médical externe pour une blessure ou une condition médicale qui empêche ma capacité de jouer, je vais devoir être réévalué par un thérapeute du sport de chez RTP avant d'être autorisé à revenir au jeu.

Pour faciliter ce processus de réévaluation, je comprends que ma responsabilité sera de fournir le personnel médical avec les résultats des tests, des rapports et/ou des images provenant des sources externes.

En cas de différence d'opinions concernant le retour au jeu entre un professionnel de la santé externe et le personnel de chez RTP, je comprends que la décision de chez RTP emportera.

SIGNATURE DE L'ATHLÈTE

SIGNATURE DE PARENT OU GARDIEN
(Si l'athlète a moins de 14 ans)

DATE: ____ / ____ / ____
AA MM JJ

SIGNATURE DU THÉRAPEUTE CAT(C)

____ / ____ / ____
AA MM JJ



**RECONNAISSANCE DE RISQUE
COVID-19**

Le nouveau coronavirus, **COVID-19**, a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le **COVID-19** est extrêmement contagieux et se propagerait principalement par contact de personne à personne. Par conséquent, les autorités gouvernementales, tant locales que provinciales et fédérales, recommandent diverses mesures et interdisent divers comportements, le tout dans le but de réduire la propagation du virus.

Football Québec et ses membres, dont (Jeunesse au Soleil) fait partie, s'engagent à se conformer à toutes les exigences et recommandations de la Santé publique du Québec et autres autorités gouvernementales, et à mettre en place et adopter toutes les mesures nécessaires à cet effet. Cependant football Québec et (Jeunesse au Soleil) ne peuvent garantir que vous (ou votre enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont vous êtes le tuteur ou le responsable légal) ne serez pas infecté par le **COVID-19**. De plus, votre participation aux activités pourrait augmenter vos risques de contracter le **COVID-19**, malgré toutes les mesures en place.

En signant le présent document,

- 1) Je reconnais la nature hautement contagieuse du **COVID-19** et j'assume volontairement le risque que je (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou le responsable légal) puisse être exposé ou infecté par le **COVID-19** par ma (sa) participation aux activités de football Québec ou de (Jeunesse au Soleil). L'exposition ou l'infection au **COVID-19** peut notamment entraîner des blessures, des maladies ou autres affections ;
- 2) Je déclare que ma participation (ou celle de mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) aux activités de football Québec ou de (Jeunesse au Soleil) est volontaire ;
- 3) Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a manifesté des symptômes de rhume ou de grippe (incluant de la fièvre, toux, mal de gorge, maladie respiratoire ou des difficultés respiratoires) au cours des 14 derniers jours ;
- 4) Si moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), éprouve des symptômes de rhume ou de grippe après la signature de la présente déclaration, je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) m'engage à ne pas me (se) présenter ou participer aux activités de football Québec ou de (Jeunesse au Soleil) durant au moins 14 jours après la dernière manifestation des symptômes de rhume ou de grippe.

- 5) Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a voyagé ou fait escale à l'extérieur du Canada, ni dans aucune province à l'extérieur du Québec dans les 14 derniers jours. Si je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) voyage à l'extérieur de la province de Québec après avoir signé la présente déclaration, je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) m'engage à ne pas me (se) présenter ou participer aux activités de football Québec ou de (Jeunesse au Soleil) durant au moins 14 jours après la date de retour de voyage.

Le présent document demeurera en vigueur jusqu'à ce que football Québec reçoive les directives des autorités gouvernementales provinciales et de la Santé publique du Québec, à l'effet que les engagements contenus à la présente déclaration ne sont plus nécessaires.

J'AI SIGNÉ LA PRÉSENTE DÉCLARATION LIBREMENT ET EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE.

Nom du participant (lettres moulées)

Nom du parent/tuteur/responsable légal
(si, le participant est mineur ou ne peut
légalement donner son accord)

Signature du participant

Signature du parent/tuteur/responsable
légal

Lieu/Date : _____

LE CODE D'ÉTHIQUE DU JOUEUR

Je suis un joueur de football et par mon implication et mon comportement je suis un ambassadeur du football québécois auprès du public en général et de mes parents en particulier. J'adhère au principe de l'Esprit Sportif et j'en fais la promotion.

1. Je représente mon équipe et mon sport autant sur le terrain qu'à l'extérieur du terrain.
2. Je respecte mon sport et les règles écrites et non écrites qui le régissent.
3. Le bien de mon équipe passe avant mes propres besoins.
4. J'accepte les décisions des officiels et de mes entraîneurs.
5. Je garde toujours mon calme et assume l'entière responsabilité de mes gestes.
6. Je respecte mes entraîneurs et suis consciencieusement leurs directives.
7. Je suis conscient que le football est un jeu et non un combat.
8. Je respecte mon adversaire tout autant que mes coéquipiers.
9. Je porte avec fierté les couleurs de mon équipe et je respecte l'équipement qu'elle me confie.
10. Je refuse pour moi-même ni ne tolère chez mes coéquipiers l'usage de drogues, de médicaments ou de quelconques stimulants dans le but d'améliorer la performance.

SANCTIONS EN CAS D'INFRACTION AU CODE D'ÉTHIQUE

- 1) Avertissement verbal.
- 2) Avertissement écrit.
- 3) Plainte devant le comité compétent. (club, ligue, commission, fédération)
- 4) Réprimande.
- 5) Suspension pour une durée à être déterminée par le comité compétent. (club, ligue, commission, fédération)
- 6) Expulsion en cas de récidive.

Prénom et nom du joueur: _____

Signature : _____

Date _____

LE CODE D'ÉTHIQUE DU PARENT

Je suis le parent d'un joueur de football et par mon implication et mon comportement je suis un ambassadeur du football québécois auprès du public en général et de mon enfant en particulier. J'adhère au principe de l'Esprit Sportif et j'en fais la promotion.

1. Je reconnais que le football possède un formidable potentiel comme contribution à la santé, à l'équilibre et au développement de la personne ;
2. Je reconnais que le bien-être et l'épanouissement de mon enfant constituent une priorité située bien au-delà de la performance et de la victoire sportive.
3. Je comprends que mon enfant exerce le football pour son plaisir et non pour le mien.
4. Je considère la victoire comme un des plaisirs du sport, je dédramatise la défaite et je reconnais les erreurs comme faisant partie de l'apprentissage.
5. J'encourage autant l'effort que le résultat.
6. Je respecte les entraîneurs et les officiels dans leur travail.
7. Je comprends la tâche difficile des officiels et accepte leurs décisions.
8. Je reconnais les bonnes performances de mon enfant comme celles des autres compétiteurs.
9. J'accepte les limites de mon enfant et je ne projette pas d'ambition démesurée sur lui.
10. Je m'efforce de connaître les règles du football pour éviter que l'ignorance ne biaise mon jugement envers les décisions des entraîneurs et des officiels.
11. Je ne vois pas les enfants sportifs comme des adultes sportifs en miniature.
12. J'inculque à mon enfant des valeurs de respect, de discipline, d'effort et de loyauté.
13. Je ne tolère ni n'encourage la violence physique ou psychologique.
14. J'encourage mon enfant à développer ses habiletés et son esprit sportif.

SANCTIONS EN CAS D'INFRACTION AU CODE D'ÉTHIQUE

- 1) Avertissement verbal.
- 2) Avertissement écrit.
- 3) Plainte devant le comité compétent. (club, ligue, commission, fédération)
- 4) Réprimande.
- 5) Suspension pour une durée à être déterminée par le comité compétent. (club, ligue, commission, fédération)
- 6) Expulsion en cas de récidive.

Prénom et nom du joueur: _____

Signature : _____

Date : _____