

DOSSIER MEDICAL

Autorisation de traitement

Ce document certifie que _____

parent de _____

donne l'autorisation à HL Academy pour accomplir en son nom les actes nécessaires en cas d'hospitalisation entraînant l'obligation d'intervention de toute nature (incluant l'opération chirurgicale)

Signature des Parents _____

Date: _____

Informations assurances

Nom de l'assurance: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Historique médical

- 1) Avez vous fait un séjour en hôpital lors des 3 dernières années Oui Non
- 2) Avez vous subi une opération chirurgicale? Oui Non
- 3) Suivez vous actuellement un traitement? Oui Non
- 4) Etes vous à jour de vos vaccins ? Oui Non
- 5) Etes vous sujet à des allergies ? Oui Non
- Lesquelles ? _____
- 6) Voyez vous régulièrement un kiné ? Oui Non
- Pourquoi ? _____
- 7) Avez-vous des douleurs tendineuses ? Oui Non
- Lesquelles ? : _____
- Depuis quand ? _____
- 8) Antécédents de blessures : Entorses ? Déchirures ? Fractures ?
- 9) Vous étirez vous à l'entraînement ? Avant Après Avant et après
- Combien de fois par semaine ? _____
- 10) Y a t-il des raison pour lesquelles vous ne pourriez pas suivre un entraînement tennistique ou physique intensif? Oui Non
- Si oui, lesquelles ? _____

Documents à fournir :

- Bilan dentaire ;
- Bilan cardiologique ;
- Examen médical généraliste avec certificat d'aptitude à la pratique du Tennis ;
- Bilan podologique.

Je soussigné, _____, certifie que toutes les informations apportées ci-dessus sont vraies et que toutes fausse déclaration peut entraîner des complications dont je serai seul responsable. Je réalise également que toute consommation d'alcool ou de drogue illicite au sein de HL Academy est strictement interdite et entraînera mon expulsion immédiate.

Signature du candidat: _____

Nom: _____

Date: _____

Signature des parents: _____

Nom: _____

Date: _____