

## Historique médical de l'athlète

Boxe       Kick boxing       Boxe mixte       Autre

Ce formulaire doit être rempli en début de carrière professionnelle, lors du renouvellement du permis annuel et avant chaque combat.

### 1 Renseignements sur le candidat

Prenom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Nom d'emprunt, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

Numéro, rue : \_\_\_\_\_ Appartement : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province, état, pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

Année	Mois	Jour

 Poids : \_\_\_\_\_ kg (lbs)

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

### 2 Référence en cas d'urgence

Prenom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone (s) : 

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Numéro de poste

### 3 Antécédents médicaux

**Avez-vous déjà ressenti un des symptômes ou souffert d'une des conditions suivantes :**

Convulsion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Saignements au cerveau ou autour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Étourdissements ou syncope à l'effort	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vision double ou floue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Détachement de la rétine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Difficultés à entendre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nez fracturé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Douleurs au thorax	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rythme cardiaque irrégulier ou souffle au cœur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Crampes musculaires excessives, fatigue ou essoufflement à l'effort	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tension artérielle élevée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Asthme ou « wheezing »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Os brisés ou entorses récentes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Blessure au cou ou au dos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hernie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### 3 Antécédents médicaux (suite)

**Avez-vous déjà ressenti un des symptômes ou souffert d'une des conditions suivantes :**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Boutons de fièvre ou Herpès cutané      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Diabète                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes de saignement                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Hépatite ou problème de foie            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Coup de chaleur / Épuisement de chaleur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie récente ou fièvre               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Trait ou maladie drépanocytaire         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Si vous avez répondu oui à une de ces questions, veuillez expliquer :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4 Autres renseignements

**Veuillez répondre aux questions suivantes :**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous déjà eu une commotion, une blessure à la tête ou une perte de conscience        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous déjà eu des restrictions aux sports à cause d'une condition médicale            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous déjà fait usage de stéroïdes, testostérone ou substances interdites             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous déjà eu des opérations (incluant les yeux i.e., LASIK ou PRK)                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Y-a-t-il des maladies fréquentes dans votre famille ou une histoire de décès avant 50 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous vu un médecin pour un problème médical dans les trois derniers mois             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous n'importe quelle autre condition médicale ou une blessure liée à l'entraînement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Faites-vous usage de tabac, marijuana ou drogues illégales                                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous des allergies aux médicaments ou suppléments                                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous voyagé dans un autre pays dans les 30 derniers jours                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Femmes seulement</i> : Avez-vous déjà eu une ou des opérations aux seins               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Femmes seulement</i> : Avez-vous une possibilité d'être enceinte                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Quels médicaments ou suppléments consommez-vous régulièrement :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quels médicaments ou suppléments avez-vous pris dans les deux dernières semaines :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quand avez-vous été avisé de ce combat : \_\_\_\_\_

Combien de kilomètres/milles courez-vous chaque jour : \_\_\_\_\_

Combien de kilos/livres perdez-vous habituellement pour un combat : \_\_\_\_\_

Combien de kilos/livres avez-vous perdu pour ce combat : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5 Historique sportif

Dans quel sport(s) combattez-vous :

Boxe                       Kick boxing                       Boxe mixte                       Autre

Fiche amateur : \_\_\_\_\_ Fiche professionnelle : \_\_\_\_\_

Date du dernier combat : 

Année	Mois	Jour

 Résultat : \_\_\_\_\_

Nombre de fois mis KO à vie : \_\_\_\_\_ Nombre de fois mis KO dans la dernière année : \_\_\_\_\_

Date du dernier KO : 

Année	Mois	Jour

## 6 Commentaires

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 7 Combattant

- Je comprends que ce formulaire fait partie du processus d'émission de mon permis.
- J'autorise la Régie des alcools, des courses et des jeux, à avoir accès à tous mes dossiers médicaux en rapport à ma capacité de participer à un sport de combat, ou faisant état d'une blessure ou suspicion d'une blessure pouvant influencer cette capacité.
- Je confirme que je me suis entraîné régulièrement et que je suis en bonne condition physique.
- Je certifie que les réponses données ci-haut sont véridiques et conformes, au meilleur de ma connaissance, et que je ne retiens pas d'information.
- Je comprends que l'analyse du médecin évaluateur dépend de la véracité de mes réponses.
- Je comprends que toute fausse information fournie en connaissance de cause, est une faute grave et peut entraîner une pénalité, telle une suspension ou la révocation de mon permis.

Nom du combattant : \_\_\_\_\_  
Prénom et nom (en lettres moulées)

Signature : \_\_\_\_\_

Date 

Année	Mois	Jour

Veuillez faire parvenir par courriel ce formulaire dûment rempli à [sports.combat@racj.gouv.qc.ca](mailto:sports.combat@racj.gouv.qc.ca).

Régie des alcools, des courses et des jeux

Téléphone : 418 643-7667 (Québec), 514 873-3577 (Montréal) ou 1 800 363-0320 (ailleurs au Québec)

Site Internet : [racj.gouv.qc.ca](http://racj.gouv.qc.ca)

RACJ-10050 (23-03)