



# CARTE MÉDICALE POUR LES ATHLÈTES

Sports Interscholaires aux Lycées  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Rockville, Maryland 20850

Formulaire 560-30  
de MCPS  
Mai 2017

**INSTRUCTIONS:** Cette carte doit être conservée dans la trousse médicale pour chaque sport. Elle devrait accompagner l'athlète chez le médecin ou à l'hôpital lorsque l'attention médicale est exigée.

Nom de l'Élève:

Date de Naissance:

Nom de l'École:

N° d'Identification de l'Élève:

Adresse du Domicile:

Nom du Parent/Tuteur légal:

N° de Téléphone du Domicile:

N° de Téléphone du Travail:

N° de Téléphone Portable:

Nom du Parent/Tuteur légal:

N° de Téléphone du Domicile:

N° de Téléphone du Travail:

N° de Téléphone Portable:

**Si le parent/tuteur légal ne peut pas être joint, personne à contacter en cas d'urgence**

Nom:

Lien de Parenté:

N° de Téléphone du Domicile:

N° de Téléphone du Travail:

N° de Téléphone Portable:

**tourner**

## CARTE MÉDICALE POUR LES ATHLÈTES

Médecin de la Famille:

N° de Téléphone du Médecin:

Hôpital de Préférence:

Date du Dernier  
Vaccin Antitétanique:

Allergies:

L'élève porte sur lui/elle-même un auto-injecteur  
d'épinéphrine  Oui  Non  
Si oui, le [Formulaire 525-14 de MCPS](#) doit être rempli.

Médicaments Administrés sur le Terrain:

### INFORMATIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MÉDICALE:

L'athlète a-t-il/elle une l'assurance médicale?  Oui  Non

Si oui, Nom de la Compagnie d'Assurance: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION POUR LE TRAITEMENT:

Je donne par la présente, mon autorisation au médecin ou à l'hôpital traitant  
d'administrer un traitement médical approprié au cas où je ne peux pas être joint(e).

Signature

Parent/Tuteur Légal/Élève Éligible:

Date

Cette carte doit être conservée dans la trousse médicale pour chaque sport, et devrait être disponible durant tous les entraînements et compétitions. Elle doit accompagner l'athlète chez le médecin ou à l'hôpital lorsque l'attention médicale est exigée.