

# Gymnastics Canada Gymnastique



**MEDICAL HISTORY (COMPLETE ONE PER ATHLETE)**

**FORM MUST BE FULLY COMPLETED**

1. ATHLETE'S NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

2. PARENT OR LEGAL GUARDIAN INFORMATION (COMPLETE THIS SECTION IF UNDER 18YRS.)

CONTACT NAME: \_\_\_\_\_ DAYTIME PHONE: \_\_\_\_\_

EVENING PHONE: \_\_\_\_\_ ALTERNATE PHONE: \_\_\_\_\_

3. EMERGENCY CONTACT INFORMATION (COMPLETE IF DIFFERENT FROM SECTION 2)

CONTACT NAME: \_\_\_\_\_ DAYTIME PHONE: \_\_\_\_\_

EVENING PHONE: \_\_\_\_\_ ALTERNATE PHONE: \_\_\_\_\_

4. FAMILY PHYSICIAN INFORMATION

PHYSICIAN NAME: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

5. MEDICAL INFORMATION

PROVINCIAL HEALTH CARD: \_\_\_\_\_  
NUMBER PROVINCE

Local medical services are covered by the provincial health plans and will require a valid health card. Please bring your health card with you to the event or provide us with the information on this form and we will make sure that the medical clinic has it.

Please print clearly (if you have answered YES to any question, please state the diagnosis, treatment you have or are receiving and if you have been cleared to compete.)

MEDICAL HISTORY INFORMATION	YES / NO (CIRCLE)	IF ANSWERED YES, PLEASE DESCRIBE
Do you know of any health reason why you should not participate in any gymnastics event?	YES / NO	

Appendix 2

MEDICAL HISTORY INFORMATION	YES / NO (CIRCLE)	IF ANSWERED YES, PLEASE DESCRIBE
In the last year, has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reasons?	<b>YES / NO</b>	
Have you had any surgery in the last 12 months?	<b>YES / NO</b>	
Have you been diagnosed with a fracture, stress fracture or other bone injury in the last 12 months?	<b>YES / NO</b>	
Have you had any of the following injuries or conditions;		
Head injury /concussion	<b>YES / NO</b>	
Neck or back injury	<b>YES / NO</b>	
Trauma or overuse to any joint/bone	<b>YES / NO</b>	
Trauma or overuse to any ligament/tendon	<b>YES / NO</b>	
Asthma/breathing problems	<b>YES / NO</b>	
Bleeding or blood disorder	<b>YES / NO</b>	
Diabetes		
Heart disease	<b>YES / NO</b>	
History of seizures/epilepsy	<b>YES / NO</b>	
Mononucleosis	<b>YES / NO</b>	
Infectious diseases (organs, bones etc.)	<b>YES / NO</b>	
Skin conditions including infection	<b>YES / NO</b>	
Other	<b>YES / NO</b>	
Are you currently taking any medication? Please list -	<b>YES / NO</b>	- - - -
Are you currently wearing any type of protective equipment, bracing or taping for any existing injury or condition?	<b>YES / NO</b>	
Do you have any allergies? Please describe the severity -	<b>YES / NO</b>	

Appendix 2

MEDICAL HISTORY INFORMATION	YES / NO (CIRCLE)	IF ANSWERED YES, PLEASE DESCRIBE
Do you carry and EPI pen?	<b>YES</b> / <b>NO</b>	
Do you wear eye glasses or contact lenses?	<b>YES</b> / <b>NO</b>	
Do you wear dental appliances?	<b>YES</b> / <b>NO</b>	
Do you have any significant family medical history?	<b>YES</b> / <b>NO</b>	

**COMMENTS:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**MEDICAL WAIVER**

I, \_\_\_\_\_(the undersigned), hereby agree that the relationship between myself and any attending physician, therapist or allied medical personnel in connection with the event shall be governed by and constructed in accordance with the laws of the province in which the event is being held.

I \_\_\_\_\_ (the undersigned), state that, to the best of my knowledge, all of the answers on the preceding Medical History form are correct.

\_\_\_\_\_  
Signature of Athlete

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian (if athlete is under 18 years of age)

# Gymnastics Canada Gymnastique



## HISTORIQUE MÉDICAL (COMPLÉTEZ UN FORMUALIRE PAR ATHLÈTE)

### LE FORMUALIRE DOIT ÊTRE DÛMENT COMPLÉTÉ

1. NOM DE L'ATHLÈTE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

2. INFORMATION DU PARENT OU TUTEUR LÉGAL (COMPLÉTEZ POUR MOINS DE 18 ANS)

NOM: \_\_\_\_\_ # TÉL. JOUR: \_\_\_\_\_

# TÉL. SOIRÉE: \_\_\_\_\_ AUTRE # TÉL: \_\_\_\_\_

3. INFORMATION D'URGENCE (COMPLÉTEZ SI DIFFÉRENT DE LA SECTION 2)

NOM: \_\_\_\_\_ # TÉL. JOUR: \_\_\_\_\_

# TÉL. SOIRÉE: \_\_\_\_\_ AUTRE # TÉL: \_\_\_\_\_

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE

NOM DU MÉDECIN: \_\_\_\_\_ # TÉL: \_\_\_\_\_

5. INFORMATION MÉDICALE

CARTE ASSURANCE MALADIE: \_\_\_\_\_

NUMÉRO

PROVINCE

Les services médicaux locaux sont couverts par les régimes de santé provinciaux et nécessite une carte d'assurance maladie valide. Veuillez apporter votre carte avec vous à l'événement ou nous fournir les informations ci-haut et nous nous assurerons que la clinique médicale en dispose.

Veillez écrire clairement (si vous répondez OUI à une question, veuillez indiquer le diagnostic, le traitement que vous recevez ou que avez reçu et si vous avez reçu l'autorisation de concourir.)

HISTORIQUE MÉDICAL	OUI / NON (ENCERCLEZ)	SI VOUS RÉPONDEZ OUI, VEUILLEZ EXPLIQUER
Connaissez-vous une raison (santé) pour laquelle vous ne devriez pas participer à un événement de gymnastique?	<b>OUI / NON</b>	

## Appendix 2

HISTORIQUE MÉDICAL	OUI / NON (ENCERCLEZ)	SI VOUS RÉPONDEZ OUI, VEUILLEZ EXPLIQUER
Est-ce qu'un médecin vous a refusé ou limité votre participation à des sports dans la dernière année?	<b>OUI / NON</b>	
Avez-vous eu une chirurgie au cours des 12 derniers mois?	<b>OUI / NON</b>	
Avez-vous été diagnostiqué avec une fracture, fracture de stress ou blessure osseuse au cours des 12 derniers mois?	<b>OUI / NON</b>	
Avez-vous eu des blessures ou conditions suivantes;		
Blessure à la tête /commotion	<b>OUI / NON</b>	
Blessure au dos ou au cou	<b>OUI / NON</b>	
Trauma ou surutilisation de jointure / os	<b>OUI / NON</b>	
Trauma ou surutilisation de ligament/tendon	<b>OUI / NON</b>	
Asthme / problème de respiration	<b>OUI / NON</b>	
Saignement ou trouble sanguin	<b>OUI / NON</b>	
Diabète	<b>OUI / NON</b>	
Maladie du coeur	<b>OUI / NON</b>	
Antécédents de convulsions / épilepsie	<b>OUI / NON</b>	
Mononucléose	<b>OUI / NON</b>	
Maladie infectieuse (organes, os etc.)	<b>OUI / NON</b>	
Affection de la peau incluant infection	<b>OUI / NON</b>	
Autre	<b>OUI / NON</b>	
Prennez-vous présentement des médicaments? Veuillez lister	<b>OUI / NON</b>	- - - -
Portez-vous actuellement un équipement de protection, "taping" pour toute blessure ou condition?	<b>OUI / NON</b>	
Avez-vous des allergies? Veuillez décrire la sévérité -	<b>OUI / NON</b>	

HISTORIQUE MÉDICAL	OUI / NON (ENCERCLEZ)	SI VOUS RÉPONDEZ OUI, VEUILLEZ EXPLIQUER
Avez-vous un "EPI pen"?	<b>OUI</b> / <b>NON</b>	
Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact?	<b>OUI</b> / <b>NON</b>	
Portez-vous des appareils dentaires?	<b>OUI</b> / <b>NON</b>	
Avez-vous des antécédents familiaux médicaux importants?	<b>OUI</b> / <b>NON</b>	

**COMMENTAIRES:**


---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**CONSENMENET MÉDICAL**

Je, \_\_\_\_\_ (soussigné), convient que la relation entre tout médecin traitant, thérapeute ou alliés du personnel médical et moi, dans le cadre de l'événement seront régies par et développés en conformité avec les lois de la province dans laquelle l'événement est tenu.

Je \_\_\_\_\_ (soussigné), affirme que, au meilleur de ma connaissance, toutes les réponses sur le formulaire d'antécédents médicaux sont corrects.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'athlète

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur (si l'athlète a moins de 18 ans)