

ANNEXÉ 4

Formulaire Médicale Annuel et Décharge FQBM (Que chaque combattant(e) doit fournir à la FQBM annuellement)

Date: _____ A FAIRE PARVENIR: À FQBM 1155 Boulevard René-Lévesque, Ouest bur. 2500 Montréal, QC H3B 2K4

(Section) Homme et Femme Avez-vous éprouvé dernièrement les problèmes suivants :			(Section) Femme seulement Avez-vous remarqué récemment:								
1. maux de tête :	Oui	Non	1. une anomalie quelconque liée à la menstruation comme l'absence de menstruation ou des saignements vaginaux anormaux avec ou sans douleur (sensibilité) dans la région pelvienne qui ne concordent pas avec vos menstruations normales:	Oui	Non						
2. nausées ou vomissement :	Oui	Non		2. des masses aux seins, saignements:	Oui	Non					
3. vue embrouillée ou double :	Oui	Non			3. anomalie de la glande mammaire:	Oui	Non				
4. Déficience, infection ou blessure aux yeux ou aux oreilles :	Oui	Non				4. une possibilité de grossesse:	Oui	Non			
5. étourdissement :	Oui	Non					5. une confirmation de grossesse:	Oui	Non		
6. Fièvre rhumatismale, tuberculose, pleurésie ou asthme :	Oui	Non						6. diminution de la concentration:	Oui	Non	
7. Désordre rénal ou urinaire, un rein :	Oui	Non							Commentaire :		
8. Diabète sucré :	Oui	Non									
9. Maladie diagnostiquée suite à un (malaise ou examen médical).	Oui	Non									
10. Indigestion, vomissement, crampes abdominales :	Oui	Non									
11. Dépression nerveuse, blessure à la tête, convulsions :	Oui	Non									
12. Infections aiguës :	Oui	Non									
13. Fractures, luxations, foulures graves :	Oui	Non									
14. Épilepsie chez l'athlète ou dans la famille :	Oui	Non									
15. Avez-vous pris des médicaments depuis les 90 derniers jours: Si oui, lesquels?	Oui	Non									

Je soussigné en tant que combattant(e) (18 ans et plus) déclare solennellement avoir pris connaissance des règlements de la Fédération Québécoise de Boxe Mixte (Arts Martiaux Mixtes) Amateur qui sanctionne les compétitions dans lesquelles je vais compétitionner. Moi, mes aîeux ou nos représentants, dégageons de toutes responsabilités, les promoteurs, les arbitres, les juges, tous les officiers ou dirigeants, les bénévoles et les instructeurs de la FQBM, de même que les commanditaires et les établissements ou les championnats auront lieu pour des blessures ou des problèmes de santé ultérieurs subit pendant les championnats. J'ai répondu de bonne foi au questionnaire de santé-participation qui fournit des informations et une preuve d'aptitude à compétitionner. Je comprends que compétitionner dans ce championnat est potentiellement dangereux et qu'il y a un risque de blessures légères, sévères ou même mortelles et j'assume la pleine responsabilité de toutes mes actions et je déclare que toutes les informations fournis dans la présente sont exactes et au meilleur de ma connaissance.

Nom du combattant(e) en lettre moulée _____

Signature du combattant(e) _____

adresse No civique rue Ville Province Code Postal

j / m / a ____ / ____ / ____
Date Naissance No Assurance Maladie Téléphone

Nom du Club : _____

Statut Amateur ou Professionnel

A déjà combattue professionnel	Oui	Non
Plus de 3 combats professionnels	Oui	Non
À combattu professionnel depuis moins d'un an	Oui	Non
Dans ses combats professionnels a obtenue plus de 1 victoire sur 3	Oui	Non

(Section) Médecin			(Section) Entraîneur					
Combattant(e): Poids _____ lbs Taille: _____ âge: _____ ans			Avez-Vous vue un changement ou diminution chez votre combattant.					
1. Visibilité réduite - l'oeil le plus atteint à moins de 20/120 et l'œil le moins de 20/60	Oui	Non	1. de l'attention, de la concentration, de l'équilibre, de la flexibilité, de la mobilité ou de la coordination	Oui	Non			
2. Lentilles cornéliennes - Strabisme	Oui	Non	2. de la mémoire	Oui	Non			
3. Otite moyenne suppurée chronique récurrente	Oui	Non	3. de l'élocution	Oui	Non			
4. Albuminurie de surdité complète- tympan perforé	Oui	Non	4. du comportement	Oui	Non			
5. Expansion de la poitrine inférieure à 2 pouces	Oui	Non	5. de l'entraînement (rapidité)	Oui	Non			
6. Hernie, mégasplanchnie ou cryptorchidie	Oui	Non	6. Suspensions à la boxe mixte (arts martiaux mixtes)	Oui	Non			
7. Cassure, blessure (tête-membre) dents brochés	Oui	Non	Je, soussigné entraîneur certifié ou reconnu par la Fédération Québécoise de Boxe Mixte (Arts Martiaux Mixtes) Amateur déclare que mon combattant(e) a suivi sous ma direction un programme d'entraînement de boxe mixte (arts martiaux mixtes) amateur avec succès. Je le considère donc apte à participer à cette compétition de boxe mixte (arts martiaux mixtes) amateur et j'ai signé ci-dessous.					
8. Trouble avec le système nerveux, respiratoire, cardio vasculaire ou la tension artérielle	Oui	Non						
9. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Oui	Non						
10. Hépatite B (Surface AG)	Oui	Non						
11. Hépatite C	Oui	Non						
12. Radiographie des poumons seulement s'il y a de la tuberculose dans la famille	Oui	Non						
Objection pour combattre à ce(tte) participant(e) Si oui, lesquels?	Oui	Non						
Nom du Médecin en lettre moulée _____ Téléphone _____						Nom de l'entraîneur ou de son représentant en lettre moulée _____		
Signature du Médecin _____ No Licence _____						Signature de l'entraîneur ou de son représentant _____ Téléphone _____		