



V. Jeux mondiaux croates
Toutes les informations resteront confidentielles et ne seront utilisées que par le
Comité exécutif de l'équipe CWG en cas d'URGENCE

Nom: _____ Portable: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code postal: _____

Email: _____ Date de naissance: M _____ J _____ A _____

Numéro de police d'assurance voyage médicale _____

Nom de l'assureur et numéro de téléphone _____

Contact d'urgence principal : _____ Relation amoureuse: _____

Portable: _____

Contact d'urgence secondaire : _____ Relation moureuse: _____

Portable: _____

Médecin de premier recours : _____

Adresse: _____ Ville: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____ E-mail: _____

Avez-vous l'une des conditions médicales suivantes, veuillez encercler :

- Asthme (y compris l'asthme induit par le sport)
- Diabète – si oui, veuillez préciser : Type 1 ou Type 2 Êtes-vous dépendant de l'insuline ? Oui Non
- Épilepsie (convulsions)

Y a-t-il d'autres conditions ou problèmes dont nous devrions être conscients et qui pourraient affecter votre participation, veuillez énumérer :

Avez-vous déjà subi une blessure à la tête/une commotion cérébrale (par exemple, accident de voiture, chutes, sports, etc.) ? Si oui, indiquez les dates ainsi que la nature et le degré de la blessure.



V. Jeux mondiaux croates

Toutes les informations resteront confidentielles et ne seront utilisées que par le
Comité exécutif de l'équipe CWG en cas d'URGENCE

Veillez énumérer toute allergie et la nature de la réaction (par exemple, médicaments/drogues, nourriture, environnement, piqûre d'abeille, etc.) Si oui, avez-vous besoin de médicaments spéciaux ou portez-vous un Epi-Pen ?

Avez-vous reçu vos vaccinations primaires dans votre pays ? Oui _____ Non _____

Tous vos vaccins sont-ils à jour ? Oui _____ Non _____

À quand remonte votre dernier rappel Tétanos/Diphtérie (TD) ? _____

Énumérez les médicaments/herbes/suppléments actuels : (veuillez indiquer le nom, la posologie, la fréquence)

Remarque : Il est de votre responsabilité d'informer le comité exécutif de l'équipe CWG de tout changement dans votre état de santé après avoir soumis ce formulaire et AVANT de voyager. Veuillez informer dès que la condition est découverte ou que la blessure est subie.

Je certifie que ce formulaire a été rempli au meilleur de ma/notre connaissance et que toute omission et erreur relève de ma/notre responsabilité et dégage de toute responsabilité le comité exécutif de l'équipe CWG. De plus, je consens à la divulgation de ces informations si cela est jugé nécessaire par le personnel médical en cas d'incident médical ou d'urgence..

Nom de l'athlète (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature de l'athlète : _____

Signature du parent/tuteur (obligatoire pour les athlètes de moins de 18 ans) :

Nom(s) du parent/tuteur : _____

CONSENTEMENT AUX SOINS MÉDICAUX EN CAS D'INCIDENT MÉDICAL OU D'URGENCE

- Je consens par la présente à l'administration de tout traitement médical jugé nécessaire pour ma santé et mon bien-être par un médecin qualifié, y compris l'administration d'un anesthésique et la réalisation de toute opération nécessaire pendant la période du 24 au 29 juillet 2023.

Signature de l'athlète : _____

- Je consens par la présente à l'administration de tout traitement médical nécessaire à la santé et au bien-être de mon enfant par un médecin qualifié.

Signature(s) du parent/tuteur : _____
(Pour les athlètes de moins de 18 ans)

Daté: _____ 2023.