

Information du client / cavalier	
Nom:	Date de naissance:

Information médicale	
Diagnostic primaire:	
Diagnostic secondaire:	
Taille:	Poids (max 160lbs):
Paralysie cérébrale: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si oui, veuillez préciser : Monoplégie, Diplégie, Quadriplégie, Hémiplégie (de quel côté G/D)	
Diabète: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON	Insuline: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON
Ambulatoire: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si non, veuillez indiquer l'équipement utilisé:	
Médication: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si oui, veuillez préciser:	
Allergies: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si oui, veuillez préciser:	Épipen: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON

Autres informations pertinentes	
Tonus musculaire dans les membres supérieurs (bon / moyen / faible):	
Tonus musculaire dans les membres inférieurs (bon / moyen / faible):	
Tonus musculaire dans le tronc (bon / moyen / faible):	
Spasticité:	
Coordination:	
Équilibre:	
Langue(s) parlée(s) / comprise(s):	
Parole (bonne / moyenne / faible):	Habilité à comprendre (bonne / moyenne / faible):
Vue (bonne / moyenne / faible):	Audition (bonne / moyenne / faible):
Sensibilité sensorielle:	
Maladie(s) transmissible(s): <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si oui, veuillez préciser:	
Historique chirurgical et dates:	

Vérification par rayons-x atlanto-axiale
<p>En raison de la nature de cette activité (équitation), le syndrome de Down avec une instabilité atlanto-axiale est une condition contre-indiquée. Une radiographie négative de l'instabilité atlanto-axiale est nécessaire. Si le cavalier est atteint du syndrome de Down, ce formulaire doit être signé et daté par un médecin qualifié qui indiquera la date et le résultat de la radiographie diagnostique.</p> <p><input type="radio"/> Ce client <u>n'est pas</u> atteint du trisomie 21</p> <p><input type="radio"/> Ce client est atteint du trisomie 21</p>
Date du rayons-X:
Résultat du rayons-X:

Politique d'épilepsie
<p>En raison de la nature de cette activité (équitation), les participants souffrant d'un trouble épileptique ne seront pas autorisés à participer à des activités à cheval s'ils ont eu une crise au cours des 12 derniers mois (non médicamenteux) ou 6 mois (médicamenteux).</p> <p><input type="radio"/> Ce client <u>n'est pas</u> atteint d'épilepsie</p> <p><input type="radio"/> Ce client est atteint d'épilepsie</p>
Si oui, veuillez préciser le type et la fréquence des crise d'épilepsie :
Présentement sous médication pour contrôler les crises d'épilepsie: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON
Date de la dernière crise d'épilepsie:

Le soussigné reconnaît par la présente que _____ est médicalement apte à participer au programme équestre / à recevoir les services offerts par Enfants en Équi-libre.

À ma connaissance, il n'y a aucune raison pour laquelle cette personne ne peut pas participer à des activités équestres supervisées. Cependant, je comprends que le centre thérapeutique évaluera les renseignements médicaux ci-dessus en fonction des précautions et contre-indications existantes en matière d'équitation thérapeutique. L'évaluation des capacités / limitations de cette personne dans le but de mettre en place un programme équestre efficace est la responsabilité du centre.

Note : Dans le cas d'un handicap physique, ce formulaire doit être signé par un médecin. Pour tous les handicaps non physiques, ce formulaire peut être signé par un ergothérapeute ou un physiothérapeute ayant une bonne connaissance de la personne.

Nom et titre du médecin / professionnel de la santé: _____

Signature: _____ Date: _____

Adresse du médecin / professionnel de la santé: _____

Téléphone: _____ Email: _____