

| Information du client / cavalier |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| Nom:                             | Date de naissance: |

| Information médicale  |                         |
|---|-------------------------|
| Diagnostic primaire:  |                         |
| Diagnostic secondaire:  |                         |
| Taille:   | Poids (max 160lbs):     |
| Paralysie cérébrale:    OUI    NON    Si oui, veuillez préciser : Monoplégie, Diplégie, Quadriplégie, Hémiplégie (de quel côté    G    D) |                         |
| Diabète:    OUI    NON  | Insuline:    OUI    NON |
| Ambulatoire:    OUI    NON    Si non, veuillez indiquer l'équipement utilisé:   |                         |
| Médication:    OUI    NON    Si oui, veuillez préciser:   |                         |
| Allergies:    OUI    NON    Si oui, veuillez préciser:  | Épipen:    OUI    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):    OUI    NON    Si oui, veuillez préciser: |   |
| Historique chirurgical et dates:   |   |

| Vérification par rayons-x atlanto-axiale  |
|---|
| En raison de la nature de cette activité (équitation), le trisomie 21 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 trisomie 21, ce formulaire doit être signé et daté par un médecin qualifié qui indiquera la date et le résultat de la radiographie diagnostique. |
| <input type="checkbox"/> Ce client <u>n'est pas</u> atteint du trisomie 21<br><input type="checkbox"/> Ce client est atteint du trisomie 21   |
| Date du rayons-X:   |
| Résultat du rayons-X:   |

| Politique d'épilepsie  |
|--|
| 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). |
| <input type="checkbox"/> Ce client <u>n'est pas</u> atteint d'épilepsie<br><input type="checkbox"/> Ce client est atteint d'épilepsie  |
| Si oui, veuillez préciser le type et la fréquence des crise d'épilepsie :  |
| Présentement sous médication pour contrôler les crises d'épilepsie:      OUI      NON  |
| Date de la dernière crise d'épilepsie:   |

Nom (nom du parent/tuteur, si applicable): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| <b>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 (si vous y avez accès).</b>  |
| Le soussigné reconnaît par la présente que _____ est médicalement apte à participer au programme équestre / à recevoir les services offerts par le centre d'équitation thérapeutique 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. |
| Nom et titre du médecin / professionnel de la santé : _____   |
| Signature : _____ Date : _____  |
| Téléphone : _____ Email : _____   |