

**Личные данные**

Имя			
Адрес			
Телефон		Мобильный тел.	
Эл. почта			
Дата рождения			

Контактное лицо в чрезвычайной ситуации

Имя			
Адрес			
Родственные отношения			
Телефон		Мобильный тел.	

Медицинская карта

Имеете ли вы медицинские показания, физические ограничения или аллергии?

Если вы ответили «да», пожалуйста, перечислите показания, физические ограничения или аллергии, а также лекарственные препараты, которые вы принимаете для их лечения.

Состояние/ заболевание/ физические ограничения (например, астма, диабет, эпилепсия, анемия, гемофилия, вирусная болезнь и т.д.).	Лекарственные препараты (например: таблетки, ингаляторы, кремы и т.д., дайте название препарата).	Частота применения (например: дважды в день, только при появлении симптомов и т.д.).

Аллергия (например, на укусы пчел и т.д.)	Лекарственные препараты (например: таблетки, ингаляторы, кремы и т.д., дайте название препарата).	Дозировка/ частота применения

Перенесенные травмы (список любых перенесенных травм и кто проводил их лечение)

Травма (например, потеря сознания)	Когда (например, сентябрь 2007)	Проведенное лечение	Кто проводил лечение (например, врач)	Текущее состояние травмы (полностью восстановился или нет)



Оценка здоровья и физической подготовки

Каким спортом вы занимаетесь и какова ваша физическая нагрузка?	
Сколько часов в день вы тренируетесь?	
Вы раньше играли в Регби?	
Если да, то где и сколько сезонов.	
Рост	
Вес	

Анкета оценки сердечной деятельности (пожалуйста, поставьте галочку, если это применимо к вам)

Потеря сознания	<input type="checkbox"/>	Учащенное сердцебиение	<input type="checkbox"/>
Приступы головокружения	<input type="checkbox"/>	Боль или сдавленность в груди	<input type="checkbox"/>
Одышка или более высокая утомляемость по сравнению с товарищами по команде.	<input type="checkbox"/>	Внезапная смерть ближайшего родственника до 50 лет.	<input type="checkbox"/>
История высокого кровяного давления.	<input type="checkbox"/>	Курение (сколько сигарет в день)	<input type="checkbox"/>
Диабет	<input type="checkbox"/>		

Подписи

Дата заполнения анкеты	
Подпись игрока (или опекуна, если игрок младше 18 лет)	
Подпись составляющего анкету	
Дата дополнительной проверки (если применимо)	