

## 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)



# Анкета игрока

## 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)	