

## FORMULAIRE DE FORFAIT MÉDICAL

*Note : Ce formulaire doit être complété par un médecin ou une personne du paramédical (kiné, ergo) et transmis 30 minutes avant le début de la réunion au Juge Arbitre.*

Date :	Heure (hh :mm) :
--------	------------------

Transmis par :

Information du sportif :			
Club :			
Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :		Genre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Classification :	T :	F :	

Forfait sur l'épreuve :	
Nom de l'épreuve	N° de la série

### Raison du forfait médical

Date et heure de survenue de la blessure ou de la maladie

Le :	A :
------	-----

Historique des symptômes :	
Symptômes actuels :	
Résultats des examens diagnostics (veuillez joindre les documents à l'appui, y compris, mais sans s'y limiter, les imageries, les résultats d'examen, etc.).	
Diagnostic provisoire :	
Raison pour laquelle la blessure ou la maladie créerait des circonstances dangereuses pour que le sportif concoure.	

## FORMULAIRE DE FORFAIT MÉDICAL

Plan du traitement	
Médicaments :	
Interventions :	
Orthèses, attelles, orthopédie :	
Modification de l'activité :	
Retour anticipé à la compétition :	

**Le formulaire doit obligatoirement être signé par le sportif et le médecin/Paramédical.**

Nom du sportif	Signature
Nom du médecin / Paramédical	Signature

### Réservé au Juge arbitre

Approuvé

Refusé

Commentaires :	
----------------	--

Nom :	Signature :
Date :	Heure (hh :mm) :