

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 nageur :			
Club :			
Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :		Genre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Classification :	S :	SB :	SM :

Forfait sur l'épreuve :			
N° de l'épreuve	N° de la série	Distance	Nage

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 nageur 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 nageur et le médecin/Paramédical.

Nom du nageur

Signature

Nom du médecin / Paramédical

Signature

Réservé au Juge arbitre

Approuvé

Refusé

Commentaires :

Nom :

Signature :

Date :

Heure (hh :mm) :