



DÉCLARATION HISTORIQUE AVANT LA COURSE

JE, SOUSSIGNÉ _____ NÉ A _____ PROV. _____

LE ___/___/___ CODE FISCAL _____ RÉSIDENT A _____ PROV. _____

SOUMETTRE _____ N° _____ N° TÉLÉPHONE _____

ATHLÈTE DE L'ASSOCIATION _____ DE _____

NOM DE L'ÉVÉNEMENT _____ LE ___/___/___

LIEU _____

DATE DU DERNIER MATCH JOUÉ ___/___/___ VERDICT DERNIER MATCH JOUÉ _____

VOUS AVEZ EU CERTAINS DE CES SYMPTÔMES ?	OUI	NON
1) MAUX DE TÊTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) VERTIGES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) NAUSÉES OU VOMISSEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) VISION DOUBLE OU FLOUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ÉVOUEMENT ET/OU PERTE DE CONSCIENCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) CONVULSIONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOUS AVEZ PRIS DES MÉDICAMENTS OU DES SUPPLÉMENTS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI OUI LEQUEL ET QUAND _____		
AVEZ-VOUS EU DES MALADIES ET/OU DES TRAUMAMES APRÈS VOTRE DERNIER MATCH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI OUI LEQUEL _____		

J'AUTORISE LE TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES ET SPÉCIALES. JE M'ENGAGE À NE PAS CONSOMMER D'ALCOOL ET/OU DE DROGUES ET/OU ABUS DE MÉDICAMENTS.

SIGNATURE DE L'ATHLÈTE _____

DANS LE CAS D'UN **ATHLÈTE MINEUR** LE PROPRIÉTAIRE AVEC RESPONSABILITÉ PARENTALE OU LE TECHNICIEN DÉLÉGUÉ PAR LUI M./MME. _____ DÉCLARE, COMME PRÉVU PAR L'ART. 9 PARAGRAPHE 20 DU RÈGLEMENT SANITAIRE, QUE VOUS AVEZ ASSISTÉ À LA VISITE D'AVANT-MATCH ET QUE APRÈS LE MATCH PRÉCÉDENT AUCUN SIGNE ET/OU SYMPTÔME SUSPECT N'APPARAÎT ET QUE L'ATHLÈTE N'A PAS PRIS DE MÉDICAMENTS.

SIGNATURE _____

DATA ___/___/___

PER PRESA VISIONE DEL MEDICO CHE EFFETTUA LA VISITA

.....
TIMBRO E FIRMA