



## 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 \_\_\_\_\_

<b>VOUS AVEZ EU CERTAINS DE CES SYMPTÔMES ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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