



FORMULAIRE MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE PARTICIPER

| | |
|--|-------|
| Nom d'athlète: | |
| Adresse d'athlète: | |
| Diagnostic: | |
| Historique de la blessure ou malady actuelle: | |
| Conclusions de l'examen (y compris la date d'évaluation): | |
| Investigations (incluant les dates et les résultats): | |
| Début de l'incapacité: | |
| Durée prévue de l'incapacité: | |
| Nom du médecin qui a effectué l'examen: | |
| Adresse: | |
| Numéro de téléphone: | |
| Signature: | Date: |
| Révisé par le médecin de l'ACLA (veuillez encercler): OUI NON | |

****Veuillez envoyer le formulaire signé à la directrice d'haute performance. Veuillez noter que WCL peut demander un examen medical par un médecin désigné par WCL.**