



FORMULAIRE MÉDICAL D'INCAPACITÉ DE PARTICIPER

Nom d'athlète:	
Adresse d'athlète:	
Diagnostic:	
Historique de la blessure ou maladie 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): <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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.**