Événements FIE - Formulaire de retrait pour raisons médicales

# Nom de l'athlète : E-mail de l'athlète : N. de téléphone de l'athlète :

Nationalité : Genre : Homme Femme

**Emplacement :**

Cadet Jr Sr Véteran

Fleuret Épée Sabre

**Date (J/M/A)**

**Catégorie**

**Armes**

**Événement**

**Région de blessure**

par exemple, droite ou gauche, emplacement spécifique

**Blessure/maladie**

par exemple, une entorse ou une foulure ou une maladie systémique.

**Mécanisme**

et/ou l'orientation vers un hôpital.

**Aiguës/Chroniques**

Photos de blessures

Autorisation de l'athlète

**Traitement**

et/ou l'orientation vers un hôpital.

**Si systémique**

**Notes supplémentaires**

# L’athlète est droitier ou gaucher : D G

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | CM Individuel par équipes GP Championnats de zone Championnats du monde |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | *Photos par courriel : summersjss@gmail.com* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Nom du prestataire de soins médicaux : E-mail :

(imprimé)

# Signature : Date :

Signature de l'athlète : Date :

*Version 2022-2023*