

FORMULAIRE MÉDICAL CLUB ÉQUILIBRIX



NOM DU PATIENT : _____

Nature de la blessure : _____

L'ATHLÈTE PEUT REPRENDRE LA PRATIQUE COMPLÈTE DE LA GYMNASTIQUE

DATE DE RETOUR : _____

L'ATHLÈTE DOIT ÊTRE COMPLÈTEMENT RETIRÉ DE LA PRATIQUE DE GYMNASTIQUE

Période de retrait

De : _____ À : _____

L'ATHLÈTE PEUT RESTER À LA PRATIQUE PARTIELLE DE GYMNASTIQUE

Période de l'entraînement modéré

De : _____ À : _____

L'ATHLÈTE est autorisé à faire sans restriction:

OUI NON IMPULSION

OUI NON RÉCEPTION

OUI NON AVOIR LA TÊTE EN BAS

OUI NON BALANCÉ

OUI NON COURIR

OUI NON PRÉPARATION PHYSIQUE GÉNÉRALE

OUI NON PRÉPARATION PHYSIQUE SPÉCIFIQUE À LA BLESSURE

OUI NON FLEXIBILITÉ

COMMENTAIRES : _____

NOM DU SPÉCIALISTE : _____

FONCTION : _____

SIGNATURE : _____