

Annexe 3

RAPPORT – PROTOCOLE COMMOTION CÉRÉBRALE

CONFIDENTIEL MEDICAL

Identification de la personne

Nom : Prénom :

Club : N° de licence :

Support :

Nom de l'entraîneur ou du kiné :

Moment et faits liés à la commotion cérébrale

Date et heure de la commotion :

Lieu :

Description des symptômes (en s'appuyant sur la fiche CRT – Annexe 1)

.....
.....
.....
.....

Commentaires (facultatif)

.....
.....
.....

Rapport à envoyer **uniquement** à la Commission Médicale Fédérale par mail : medical-commotion-cerebrale@ffvoile.fr

Fait à : Le :

Signature :