

Annexe 6

CERTIFICAT DE REPRISE DU SPORT APRÈS COMMOTION CÉRÉBRALE –
FFVoile

Je, soussigné(e) Dr

.....
Certifie avoir examiné ce jour :

Nom / Prénom :

.....
Date de naissance :

.....
Victime d'une suspicion de commotion cérébrale lors d'un entraînement ou d'une
compétition de voile le :

Rappel des éléments du CRT

.....
Rappel des éléments du SCAT 6

.....
Respect du protocole de reprise progressive

.....
Décision médicale :

- Ne présente aucune contre-indication à la reprise de la voile en compétition
- Présente une contre-indication à la reprise de la voile
- Devra consulter de nouveau dans jours
- Doit consulter un spécialiste (neurologue ou neurochirurgien) avant la reprise

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin :

A adresser au médecin des équipes de France et à medical-commotion-cerebrale@ffvoile.fr