



## Vérification de la maladie ou de la blessure d'un(e) athlète

1. À remplir par l'athlète :

Je soussigné(e) (*nom en caractères d'imprimerie*) \_\_\_\_\_ autorise ce médecin à fournir les informations figurant dans le présent formulaire, et liées à ma blessure ou maladie, et à vérifier les informations tel que requis.

\_\_\_\_\_

Signature de l'athlète

Date

Souhaitez-vous obtenir de l'aide pour trouver un médecin détenant un diplôme en médecine du sport de l'ACMSE, ou un autre médecin spécialiste de médecine du sport approuvé par la Fédération canadienne d'escrime?

Dans ce cas, veuillez communiquer avec : Dinah Hampson à l'adresse suivante : [dinah@pivotsmo.com](mailto:dinah@pivotsmo.com)

2. À être rempli seulement par un médecin détenant un diplôme en médecine du sport de l'ACMSE, ou un autre médecin spécialiste de médecine du sport approuvé par la Fédération canadienne d'escrime (*\*\* consultez la politique de la FCE ayant trait à l'approbation des médecins*).

Date de la blessure : \_\_\_\_\_

Description de la blessure : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Tests spéciaux : \_\_\_\_\_

Dates des rendez-vous relatifs à la blessure : \_\_\_\_\_

Médecin donnant les soins : \_\_\_\_\_

Description du plan de traitement : \_\_\_\_\_

Veuillez joindre toute documentation connexe.



Veuillez indiquer ci-dessous les effets de la maladie, de la blessure et (ou) du traitement sur la capacité de l'athlète à s'entraîner et à concourir.

Cochez la catégorie la plus pertinente	Degré de limitation de la performance de l'athlète	Date de début	Date prévue de fin
<input type="checkbox"/> Très grave	Complètement incapable de fonctionner à quelque niveau que ce soit, à savoir incapable de s'entraîner et de concourir.		
<input type="checkbox"/> Grave	Grande limitation pour s'entraîner et de concourir.		
<input type="checkbox"/> Modérée	Sera peut-être capable de s'entraîner et de concourir, mais sa performance sera très affectée.		
<input type="checkbox"/> Légère	Sera probablement capable de s'entraîner et de concourir, mais sa performance sera un peu affectée, avec une incapacité légère et des symptômes minimaux.		
<input type="checkbox"/> Négligeable	Peu probable qu'elle ait un effet sur la capacité de l'athlète de s'entraîner et de concourir.		

Est-ce que l'entraînement modifié est une option? Oui  Non

Si oui, décrivez les modifications nécessaires \_\_\_\_\_

### 3. Vérification de la part du médecin du sport, ou du spécialiste de médecine du sport

Ce formulaire s'appuie sur un examen et sur l'application des antécédents documentés au moment de la maladie ou de la blessure. PAS après les faits. Je certifie que la présente évaluation ressort de mes compétences légales de pratique.

\_\_\_\_\_  
Nom (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Désignation professionnelle



Coordonnées :

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

#### 4. Vérification de la part de l'athlète

Je comprends quel est le statut actuel de ma blessure susmentionnée, et que, nonobstant cette blessure, je suis capable de faire ce qui suit au meilleur de mes capacités.

Je suis incapable de m'entraîner \_\_\_\_\_

Je suis capable de m'entraîner moyennant des modifications \_\_\_\_\_

Je suis capable de m'entraîner sans modifications \_\_\_\_\_

Je suis incapable de concourir \_\_\_\_\_

Je suis capable de concourir moyennant des modifications \_\_\_\_\_

Je suis capable de concourir sans modifications \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

#### 5. Vérification de la part de l'entraîneur(e)



Je comprends la nature de la blessure susmentionnée et ses effets sur l'entraînement et sur la participation de l'athlète à la compétition.

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date