

Nom et prénom du sportif :

Né(e) le :

**Observation générale (Si vous jugez nécessaire) :**

**Conclusion :**

Difficultés liées à l'activité sportive intensive oui  non

Proposition d'un suivi oui  non

Présence de contre-indication à la poursuite du sport de haut niveau oui  non

**Demande de contact avec le médecin fédéral** oui  non

Fait à :

Par :

Le : ...../..... /.....

(Signature et tampon du professionnel)