

CERTIFICAT DE DIAGNOSTIC DE L'ATHLETE FFCK PARACANOË

La personne désignée ci-dessous souhaite se présenter à une session de classification pour participer à des compétitions nationales de Paracanoë. Pour faciliter le processus de classification, une confirmation du diagnostic médical est nécessaire.

Nom et prénom _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____ Date de naissance _____

Signature du candidat _____

Informations médicales (Cette section doit être complétée par un docteur en médecine UNIQUEMENT)

Nom du candidat _____

Diagnostic _____

Depuis combien de temps : _____

La condition du / de la candidat.e est-elle : Stable / Instable / Possibilité de détérioration

D'autres facteurs peuvent-ils affecter la santé du candidat en compétition ? (épilepsie, diabète, troubles cardiaques, etc...) : _____

Je certifie que j'ai suivi ce / cette patient.e durant _____ ans et je certifie que le / la patient.e susnommé a le diagnostic spécifié ci-dessus.

Nom et prénom du docteur _____

Adresse du docteur _____

Signature du docteur et cachet médical _____