



FICHE DE SIGNALEMENT DE SUSPICION DE COMMOTION CEREBRALE

Date de la rencontre : Lieu de la rencontre :

Nom de l'arbitre ou responsable du tournoi :

Nom et prénom du joueur :

Nom et prénom du tuteur légal :

N° de licence : Club :

Catégorie : Seniors Belascains Juniors Cadets Minimes Ecole de rugby

Phase de jeu (circonstances) entraînant une suspicion de commotion cérébrale :

Protocole déclenché par : en qualité de

Le joueur a-t-il été hospitalisé ? oui non

Si oui, nom de l'hôpital :

Une suspicion de commotion cérébrale entraîne la dispense de tous sports pendant 10 jours et de 3 semaines sans sports de contact.

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance du protocole.

Vous pouvez consulter <http://www.ffr.fr/Au-coeur-du-jeu/Comite-Medical/Commotions-Cerebrales> pour obtenir toutes les informations sur la commotion cérébrale

Signature du joueur ou du représentant légal

(Pour les mineurs)

Signature de l'éducateur/entraîneur

Ce document sera transmis à la commission médicale du club, du comité départemental et de la FFR.

A transmettre à : ntourof@provence-rugby.com