



TOUS LES SPORTS AUTREMENT

RAPPORT DU MEDECIN

Médecin responsable :

N° de téléphone :

Signature :



Epreuve :

N° :

Date :

Lieu :

Moto-club :

Discipline :

Observations du responsable médical :

Tableau récapitulatif des interventions médicales :

	Personne auscultée	Date et Heure du sinistre	Siège des blessures	Catégorie de(s) blessure(s)*	Apte à poursuivre l'épreuve	Evacuation demandée par le médecin	Observation(s)
1	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
2	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
3	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
4	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
5	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....

*Catégories des blessures : A : Hospitalisation B : Pas d'hospitalisation D : Aucune blessure C : Indéterminé

	Personne auscultée	Date et Heure du sinistre	Siège des blessures	Catégorie de(s) blessure(s)*	Apte à poursuivre l'épreuve	Evacuation demandée par le médecin	Observation(s)
6	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
7	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
8	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
9	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
10	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
11	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
12	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
13	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
14	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....

*Catégories des blessures : A : Hospitalisation B : Pas d'hospitalisation D : Aucune blessure C : Indéterminé

	Personne auscultée	Date et Heure du sinistre	Siège des blessures	Catégorie de(s) blessure(s)*	Apte à poursuivre l'épreuve	Evacuation demandée par le médecin	Observation(s)
15	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
16	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
17	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
18	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
19	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
20	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
21	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
22	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
23	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....
24	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	..... ..... .....

*Catégories des blessures : A : Hospitalisation B : Pas d'hospitalisation D : Aucune blessure C : Indéterminé