ANNEXE 2 FORMULAIRE POUR CONSTAT DE BLESSURE SUR GAZON ARTIFICIEL DE RUGBY

Match : ..... contre .....

ou

Entraînement : Oui ☐ Non ☐ Stade : .....

Date : ..... Heure du coup d'envoi : .....

Conditions : .....

Type de Surface/Fabricant/Fournisseur de Gazon recommandé par **World Rugby** :

.....

Nom du Joueur : ..... Poste : .....

Nature et Cause de la Blessure : .....

.....

.....

.....

Soins requis : .....

.....

.....

.....

Durée de la période d'inactivité sportive du Joueur : .....

Nom du Médecin : .....

Signé par le Responsable médical de la Fédération : .....

(Nom en Majuscules SVP)

Confirmation par le dirigeant de la Fédération du consentement du Joueur/entraîneur/

personnel médical pour le partage des informations personnelles :

Signature : ..... Date : .....

Nom : .....