

COMMISSION MÉDICALE FÉDÉRALE

RAPPORT PROTOCOLE COMMOTION CÉRÉBRALE

CONFIDENTIEL

RAPPORT

Nom du 1er arbitre :

Date :

Lieu :

RENCONTRE

NM1	NM2	NM3	NMU18 E	NMU15 E
LFB	LF2	NF1	NF2	NF3
NFU18 E	NFU15 E			
Coupes et Trophées				
Autre compétition (préciser) :				
Equipe A :				
Equipe B :				
N° rencontre :				

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

NOM :	Prénom :
Club :	N° de licence :

MOMENT ET FAITS LIÉS A LA COMMOTION CÉRÉBRALE

A quelle heure a eu lieu la commotion cérébrale ?

Retour du joueur sur le terrain ? OUI NON

Si oui, à quelle heure :

COMMENTAIRES (Facultatif)

Fait à _____ le _____

Signature

Rapport à envoyer uniquement à la Commission Médicale Fédérale par
mail à l'issue de la rencontre :
medicale@ffbb.com - Tél : 01.53.94.25.37