

Comité Régional AURA de Boxe

Maison des sports

68 Avenue Tony Garnier

69007 Lyon 07

Cr01-ffb@ff-boxe.com

**A TRANSMETTRE AU COMITÉ RÉGIONAL
72H MAXIMUM AVANT LA REUNION**

Fiche Médecin

Nom : Prénom :

Téléphone : Mail :

Numéro d'inscription à l'Ordre des médecins :

Copie de la carte d'inscription à l'Ordre Des Médecins de l'année en cours à joindre obligatoirement une seule fois par année d'exercice.

Je confirme avoir pris connaissance des documents suivants qui m'ont été transmis par le Comité :

- Protocole de dépistage commotion cérébrale
- Trousse de médecin du Ring
- Médicalisation du Ring

Pour le bon déroulement de ma présence lors de la réunion de boxe amateur et/ou professionnelle organisée par le club :

En date du :

Fait à Le

Signature

Comité Régional AURA de Boxe	AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE
Demande reçue le : Demande transmise au Président de la Commission Médicale le :	DEMANDE RECUE LE : AUTORISATION : OUI / NON SIGNATURE DE DR SAIDI