



**Autorisation médicale**  
**Retour au sport suite à une commotion cérébrale**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

L'athlète ci-haut mentionné a complété le protocole de retour au sport et peut reprendre

L'entraînement régulier avec contact

La compétition régulière avec contact

Signature : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_