

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 :

Club :

Prénom :

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
Signature

le

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