



CERTIFICAT MÉDICAL de REPRISE
dans le cadre du protocole COMMOTION CÉRÉBRALE

Je , soussigné(e) , D^r

certifie avoir examiné ce jour

M. / Mme

Dans le cadre d'un protocole « commotions cérébrales FFHandball »

Il / Elle

- Ne présente aucune contre-indication à la reprise du Handball
- Doit suivre le protocole de retour au jeu décrit dans le document 4 ci-joint
- Présente une contre-indication à la reprise du handball et devra consulter à nouveau dans jours pour valider son éventuelle reprise

À

Le / /

SIGNATURE & TAMPON