

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
A l'attention du Médecin Coordonnateur de la SMR

COMITE SKI SAVOIE

Je soussigné (e), Dr

certifie avoir examiné le

M

Né le

Demeurant

.....

.....

Son état de santé entraîne une incapacité sportive de (*) (préciser nbre jours/mois) :

Soit du **Au**

Raison médicale de l'incapacité : (diagnostic précis demandé)

Accident de sport ou de ski :

- discipline

- date de l'accident :

- Diagnostic

Maladie :

Date :

Signature et cachet du Médecin :

(*) Pour être prise en compte, la durée de l'incapacité sportive doit être **égale ou supérieure à 90 JOURS**
Il est inutile de transmettre un certificat si l'incapacité est inférieure.
Ne pas joindre à votre envoi d'autres documents du type **comptes rendus d'IRM, de consultations, de radios ou ordonnance ...**