



DÉCLARATION DE FORFAIT

Ce formulaire doit être utilisé pour toute déclaration de forfait de la compétition post-accréditation sur le site des épreuves et doit être signé par l'athlète et remis à l'arbitre de la compétition.

Le type de motif de déclaration de forfait, NON MÉDICAL ou MÉDICAL, doit être renseigné ci-dessous.

1. Si la déclaration de forfait est pour des raisons NON MÉDICALES :

Ce formulaire doit être signé par le représentant du club (s'il est présent) ou l'entraîneur et présenté à l'arbitre de l'événement.

2. Si la déclaration de forfait est pour des raisons MÉDICALES :

Ce formulaire doit être signé par un médecin (présent ou non sur le lieu des épreuves) ou par le chef du poste de secours et présenté à l'arbitre de l'événement. **A défaut, un certificat médical devra être envoyé à l'arbitre dans les 7 jours suivants la date du forfait.**

Discipline : _____ Date : _____

Intitulé de la manifestation : _____

Lieu : _____

Type Compétition / distance / segment : _____

Nom de l'athlète : _____ Sexe : Masculin Féminin

No. Licence : _____

Club : _____ Date estimée de retour à la compétition : _____

Cochez la case correspondante à la situation :

1. RAISON NON MÉDICALE (exemple : problème matériel, équipement, motif impérieux etc.)
Informations détaillées sur la raison du forfait (ne pas insérer d'informations médicales ici) :

2. RAISON MÉDICALE (en cochant cette case, vous êtes susceptible d'être contacté(e) par la commission médicale)

Signature de l'athlète : _____

MOTIF 1 : DÉCLARATION DE FORFAIT POUR RAISON NON MÉDICALE		MOTIF 2 : DÉCLARATION DE FORFAIT POUR RAISON MÉDICALE	
NOM / PRÉNOM (En lettres CAPITALES)	Signature	NOM / PRÉNOM (En lettres CAPITALES)	Signature
Représentant du club ou entraîneur		Médecin ou chef du poste de secours* *A défaut, joindre un certificat médical sous 7 jours	

Ce document doit être remis à l'arbitre et joint à son rapport généré sur AGORA