



# 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