

**Formulaire de suivi de blessure**

(À présenter à l'entraîneur après chaque consultation)

Nom de la gymnaste :	
Âge :	
Catégorie :	
Nom de l'entraîneur :	
Nombre d'heures d'entraînement/semaine :	
Signature du parent :	

**À remplir par l'entraîneur et la gymnaste**

Explication de la blessure/douleur et répercussions sur l'entraînement :

---



---



---

**À remplir par le professionnel traitant (médecin, thérapeute, etc.)**

**Visite 1**

Date de la consultation :	
Nom et titre du professionnel traitant :	
Diagnostic :	
Contre-indication(s) pour l'entraînement:	
Durée des contre-indications :	
Suivi nécessaire : (Oui ou non + indiquer la fréquence recommandée)	
Signature du professionnel traitant	

## Visite 2

Date de la consultation :	
Nom et titre du professionnel traitant :	
Amélioration de la condition : (Aucune/Faible/Importante)	
Contre-indication(s) pour l'entraînement:	
Durée des contre-indications :	
Suivi nécessaire : (Oui ou non + indiquer la fréquence recommandée)	
Signature du professionnel traitant	

## Visite 3

Date de la consultation :	
Nom et titre du professionnel traitant :	
Amélioration de la condition : (Aucune/Faible/Importante)	
Contre-indication(s) pour l'entraînement:	
Durée des contre-indications :	
Suivi nécessaire : (Oui ou non + indiquer la fréquence recommandée)	
Signature du professionnel traitant	

## Visite 4

Date de la consultation :	
Nom et titre du professionnel traitant :	
Amélioration de la condition : (Aucune/Faible/Importante)	
Contre-indication(s) pour l'entraînement:	
Durée des contre-indications :	
Suivi nécessaire : (Oui ou non + indiquer la fréquence recommandée)	
Signature du professionnel traitant	