



**CANADIAN MASTERS WEIGHTLIFTING FEDERATION  
HALTÉROPHILIE CANADIENNE MAÎTRES**

**AUTORISATION DU MÉDECIN POUR LA PARTICIPATION AU COMPÉTITIONS**

Ce document sert à aider le participant et le médecin à déterminer l'état de préparation du participant à l'activité physique associée à la participation à une compétition d'haltérophilie.

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

NOM: \_\_\_\_\_

SEXE:  H or  F

ADRESSE: \_\_\_\_\_

Date de naissance (mm/jj/aa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_

**RAISON DE L'AIGUILLAGE (SÉLECTIONNEZ TOUTES LES PERSONNES QUI S'APPLIQUENT) :**

- Référence professionnelle d'exercice qualifié
- Référence d'entraîneur d'haltérophilie
- Aiguillage vers un professionnel de la santé
- ePARmed-X et recommandation
- Représentant du CMWFHCM.

Sur la base de l'examen actuel de l'état de santé de \_\_\_\_\_ (nom), je recommande le plan d'action suivant:

- Le participant doit éviter de s'adonner à cette activité physique en ce moment.
- À l'heure actuelle, le participant ne devrait participer qu'à un programme d'activité physique ou d'exercice sous surveillance médicale comprenant la supervision d'un professionnel qualifié (ou d'un autre professionnel de la santé dûment formé) et supervisé par un médecin.
- Le participant est autorisé pour l'intensité et le mode approprié de la musculation et de l'haltérophilie sous la supervision d'un entraîneur d'haltérophilie qualifié.

Les précautions suivantes doivent être prises par l'entraîneur d'haltérophilie pour cet athlète participant:

Éviter : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inclusion de : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOM DU MÉDECIN** \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_

**DATE DE L'AUTORISATION MÉDICALE:** \_\_\_\_\_

REMARQUE : **L'AUTORISATION DU MÉDECIN POUR LA PARTICIPATION AU CONCOURS** est valide pour une période de six mois à compter de la date à laquelle elle est terminée et devient invalide si l'état de santé du participant susmentionné change ou s'aggrave.

**TIMBRE ET SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE LA CLINIQUE**

\_\_\_\_\_