



**New Brunswick
Combat Sport Commission**

**La Commission des sports de
combat du Nouveau-Brunswick**

La Commission des sports de combat du Nouveau-Brunswick

**EXAMEN MÉDICAL – 90 JOURS AVANT LE COMBAT – POUR LES COMBATTANTS TITULAIRES
D'UN PERMIS**

| | | | |
|--------------------------|-------------|--|-------------------|
| Nom complet | | Âge | Date de naissance |
| Adresse, ville, province | Code postal | N° de téléphone : (____) ____ - ____ Adresse électronique : _____ | |
| N° DE PERMIS : | | | |

ANALYSES SANGUINES : ELLES DOIVENT ÊTRE RÉPÉTÉES AUX TROIS MOIS POUR CONTINUER À ÊTRE ADMISSIBLE À COMBATTRE***

(Veuillez fournir une copie du rapport du laboratoire.)

- Dépistage de l'hépatite B ***Antigène de surface, anticorps de surface et anticorps nucléocapsidique
- Dépistage de l'hépatite C
- Dépistage du VIH
- Dépistage de la syphilis

EXAMENS :

ECG : (SEULEMENT pour les combattants de plus de 35 ans*)**

EXAMEN DE LA VUE EFFECTUÉ PAR UN OPHTHALMOLOGISTE OU UN OPTOMÉTRISTE : RAPPORT AU PLUS TARD 90 JOURS AVANT LE COMBAT***

GÉNÉRAL :

À votre connaissance, depuis son dernier examen médical, le requérant a-t-il un nouveau problème médical ou une maladie qu'un médecin devrait évaluer ou auquel il devrait accorder de l'attention?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de l'examen et de la conclusion.

Le requérant est-il en mesure de participer à des matchs de sports de combat OUI NON

Signature du **MÉDECIN** : _____

Date de déclaration : _____

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :
CASE POSTALE 8056
DIEPPE (N.-B.) E1A 9M7