



**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 ANNUEL - ARBITRE

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

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :
MÉDICAMENTS :
ALLERGIES :
EXAMEN DE LA VUE EFFECTUÉ PAR UN OPHTHALMOLOGISTE OU UN OPTOMÉTRISTE : (Veuillez fournir une copie du rapport.)

GÉNÉRAL :
À votre connaissance, le requérant a-t-il un problème médical ou une maladie qu'il faudrait évaluer ou auquel on devrait accorder de l'attention avant qu'il puisse agir à titre d'arbitre dans un événement de sport de combat? <p style="text-align: right;">OUI NON</p> Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de l'examen et de la conclusion.
Le requérant est-il en mesure d'agir à titre d'arbitre lors de 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