

Ordonnance de Réentraînement

Nom :

Prénom :

N° de dossier :

Date :

Sport pratiqué :EN

Club ☐ autre ☐

☐

Nom du Kiné :

DEPARTEMENT SCIENTIFIQUE

1. Diagnostic de la blessure :

2. Traitement Résumé :

☐ opéré

☐ non opéré

3. Evolution en Rééducation :

- fin de Rééducation :

- Début réentraînement :

4. Protocole de Réentraînement (recommandations du

Staff) :

Nb de séances /semaine : Durée :

Signature et cachet Medecin CNMSS

Signature et cachet Médecin traitant

Le chef du Département du Suivi Scientifique