

Examen médical (Tomodensitogramme)

Boxe Kick boxing Boxe mixte

1 Renseignement sur le candidat

Nom : _____ Prénom : _____

Nom d'emprunt, s'il y a lieu : _____

Numéro, rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Code postal

Date de naissance
Année Mois Jour Poids : _____ kg (lbs)

2 Résultat du tomodensitogramme

Normal Anormal

(Joindre une copie de l'examen)

3 Remarques

4 Signature du médecin

Signature : _____

Date
Année Mois Jour

Veuillez faire parvenir par courriel ce formulaire dûment rempli à sports.combat@racj.gouv.qc.ca.

Régie des alcools, des courses et des jeux

Téléphone : 418 643-7667 (Québec), 514 873-3577 (Montréal) ou 1 800 363-0320 (ailleurs au Québec)

Site Internet : racj.gouv.qc.ca

RACJ-10040 (23-03)