

**ROUANS BASKET CLUB**

**SAISON 2025/2026**

**AUTORISATION MEDICALE**

Je soussigné,

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Catégorie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-à pratiquer le basket-ball au sein du Rouans Basket Club et à participer aux matchs aussi bien à Rouans qu’à l’extérieur.

-à être véhiculé par un accompagnateur lors des déplacements.

• En cas d’accident, j’autorise le responsable de l’équipe à prendre toutes les mesures nécessaires, à appeler un médecin ou un service compétant, ou dans un cas grave à me transporter à l’hôpital.

• En cas d’impossibilité de joindre par téléphone mon conjoint ou autres, pour accord, en vue d’une intervention médicale ou chirurgicale urgente, j’autorise le responsable à agir de mes noms et place, auprès d’un praticien qualifié et celui-ci à faire appel à un anesthésiste.

Numéro de téléphone en cas d’urgence (conjoint ou autres précisez): ………………………………………………………………………………………………….

Renseignements médicaux éventuels (asthme, …) :………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Médicaments déconseillés, allergies : …………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Fait à ………….le ………… Signature :