



ROUANS BASKET CLUB

SAISON 2026/2027

AUTORISATION MÉDICALE

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 compétent, 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 àle

Signature :