



ROUANS BASKET CLUB

SAISON 2026/2027

AUTORISATION MÉDICALE

Je soussigné _____

Agissant en qualité de père, mère, tuteur Autorise mon (ma) fil(le)s

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.

Notez bien que les enfants ne sont sur la responsabilité du club que pendant le temps où ils sont effectivement pris en charge par leur entraîneur ou coach. Vérifiez la présence de ce dernier avant de laisser vos enfants dans le gymnase.

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 transporter mon enfant à l'hôpital.

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

Numéro de téléphone où me joindre :

.....

Renseignements médicaux éventuels (asthme, ...)

.....

.....

..... Médicaments déconseillés, allergies :

.....

.....

.....

Fait àle

Signature :