



AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MEDICALE MAJEURS

Je soussigné(e)m'autorise à participer aux entraînements, stages, déplacements pour les compétitions régionales, interrégionales et nationales pour la saison 2024/2025.

En cas d'accident ou maladie aiguë à évolution rapide, j'autorise les entraîneurs ou les responsables du club de Colomiers Natation Synchronisée à : *(cocher la case correspondante)*

contacter les secours et leur transmettre cette fiche

En cas d'urgence, le médecin peut décider d'intervenir selon les conditions du code de la santé publique.

Les traitements médicaux en cours :

.....
.....
.....

Allergies/conduites à tenir :

.....
.....
.....

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles en cas de prise en charge médicale, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée à l'attention des secours.

Je souhaite informer de tout évènement nécessitant une prise en charge médicale (intervention des secours, hospitalisation, intervention chirurgicale etc) la personne suivante par téléphone au :

Nom.....①.....

Nom.....①.....

DANS LE CADRE DES CONTRÔLE ANTI DOPAGE :

CODE DU SPORT - Article R232-52 – Entrée en vigueur le 16 Janvier 2011 L'obligation pour athlète contrôlé de devoir justifier de son identité.

Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remis lors de la prise ou du renouvellement de la licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle. (Cocher la case correspondante)

Je m'autorise à subir des contrôles antidopage dans le cadre de mon activité sportive de licencié(e) de la Fédération Française de Natation.

Fait àle

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé »