

AUTORISATIONS CONCERNANT LES LICENCIES MINEURS



Saison 2024-2025

SAINT MAXIMIN ATHLETIC CLUB

AUTORISATION MEDICALE ET DE SORTIE

Je soussigné (Nom, Prénom, Qualité) : _____

représentant légal de : (nom prénom du mineur) : _____

autorise par la présente :

- Tout examen médical ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
- Conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang.
- Le responsable du SMAC à reprendre l'enfant à sa sortie de l'entraînement, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du licencié mineur

Allergies médicamenteuses, alimentaires, asthme, autre à signaler :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident (nom, prénom, qualité) :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et prénom: _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date et signature des parents ou représentant légal du licencié mineur :