

SAINT LYS OLYMPIQUE BASKET
SAISON 2024-2025
Fiche de renseignements médicaux

Dossier du joueur : (à remplir dans son intégralité ce dossier sera conservé par le coach responsable de votre enfant, pour plus de facilité)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Renseignements médicaux et chirurgicaux (à remplir avec précisions)

Allergies alimentaires :
Allergies médicamenteuses : Si oui,
Lesquelles (bien indiquer les allergies médicamenteuses en précisant le nom des médicaments) :
.....
.....
Quelles sont les manifestations de ces allergies ?
.....
.....
Quel traitement appliquer en cas de crise ?
.....
Groupe sanguin du joueur :
Antécédents médicaux (maladies, blessures, entorses, etc..) :
.....
.....
Antécédents chirurgicaux :
Traitements de fond ou maladie chronique :
.....
.....
Si oui **joindre la photocopie de l'ordonnance**
Date du dernier rappel du vaccin antitétanique :

Personne n°1 à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :
Lien par rapport au joueur :
Adresse :
Tél domicile : Tél portable :

Personne n°2 à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :
Lien par rapport au joueur :
Adresse :
Tél domicile : Tél portable :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....
.....

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom et numéro de contrat d'assurance :

.....
.....

Observations particulières que vous jugez utiles à porter à la connaissance du coach :

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

SAINT LYS OLYMPIQUE BASKET

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigne

NOM Prénom

Agissant en qualité de responsable légal (père, mère, tuteur, tutrice*) du joueur :
(*rayer les mentions inutiles)

NOM.....

PRENOM.....

Né(e) le.....

Déclare

Autoriser son transport par un parent accompagnant, coach ou encadrant du club.

Fait à.....

Le

Signature

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE

Je soussigne

NOM Prénom

Agissant en qualité de responsable légal (père, mère, tuteur, tutrice*) du joueur :
(*rayer les mentions inutiles)

NOM.....

PRENOM.....

Né(e) le.....

Déclare

1° Autorise le responsable d'encadrement de mon enfant, à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgences prescrites par le médecin, y compris, éventuellement, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation,

2° Avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées.

3° En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge de la famille (les pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement)

4° Autoriser le responsable d'encadrement de mon enfant à le récupérer à l'hôpital ou clinique à la fin des soins administrés lorsque le médecin en aura autorisé la sortie.

Fait à.....

Le

Signature