

## AUTORISATION MÉDICALE MAJEURS

Je soussigné, Mr, Mme [Prénom – Nom ] .....

Adresse .....

Code Postal.....Ville.....

Téléphone fixe.....Portable.....

E-mail (en lettres capitales).....

- ☐ **Autorise** les dirigeants, responsables, éducateurs sportifs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident. En cas de nécessité, je serai dirigé vers l'hôpital le plus proche. J'autorise le médecin consulté en cas d'urgence à toute intervention chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait, mon état de santé.

### Affections ou pathologies particulières :

- Je joins sous enveloppe fermée les indications que je juge nécessaires de porter à la connaissance des **médecins** (allergie, antécédents opératoires...) en cas de prise en charge. L'enveloppe sera remise aux services d'urgence par les Maîtres d'Armes.
  - ☐ J'ai remis, au moment de mon inscription, une enveloppe cachetée portant mon nom et mon prénom et l'inscription : à destination des professionnels médicaux ».
  - ☐ Pas d'indication particulière à signaler aux médecins en cas de prise en charge
- Je joins sous enveloppe fermée les indications que je juge nécessaires de porter à la connaissance des **Maîtres d'Armes (conduite à tenir en cas de pathologie physique et/ou psychologique de tout type, pouvant se déclarer lors de ma pratique sportive)**. Les Maîtres d'Armes se mettront en contact avec moi après l'inscription.
  - ☐ J'ai remis au moment de mon inscription, une enveloppe cachetée portant mon nom et mon prénom et l'inscription : Confidentiel : à destination des Maîtres d'Armes ».
  - ☐ Pas d'indication particulière à signaler aux Maîtres d'Armes

### Médecin traitant :

Nom .....

N° de tél.....

Préciser les allergies éventuelles.....

Date :

Signature  
précédée de la mention « lu et approuvé »