



Comité Départemental de Golf de l'Essonne

Maison Départementale des Comités Sportifs, Boulevard Charles de Gaulle, 91540 Mennecy



FICHE D'URGENCE MEDICALE

(Merci d'écrire en lettres majuscules)

Je soussigné(e) / nous soussignés (Nom et prénom du représentant légal ou des représentants légaux) :

Domicilié(e)(s) au :

CP + Ville

Autorise(ent) les membres de l'encadrement administratif et / ou technique du club, du Comité Départemental de Golf de l'Essonne, de la Ligue Ile-de-France de Golf ou de la Fédération Française de Golf à prendre toutes dispositions en cas de maladie ou d'accident et, notamment, à avertir les services de secours d'urgence (**SAMU**) afin que le joueur mineur :

..... (nom et prénom)
né(e) le soit orienté(e), vers la structure hospitalière la mieux adaptée.

Le club, le Comité Départemental de Golf de l'Essonne, la Ligue Ile-de-France de Golf ou la Fédération Française de Golf s'efforcera de prévenir les représentants légaux ou le représentant légal dans les meilleurs délais aux numéros suivants :

N° de téléphone domicile

Adresse mail (obligatoire)

N° de portable de la mère

N° de téléphone du travail de la mère

N° de portable du père

N° de téléphone du travail du père

Nom et N° de téléphone le cas échéant d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Observations éventuelles : (traitements médicaux, allergies, autres observations utiles.)

Fait à, le

Signature du représentant légal /des représentants légaux

NUMEROS UTILES :

Commission Médicale ffgolf : Tel : 01 41 19 77 55 / Fax : 01 41 49 77 22

Medecin.federal@ffgolf.org

SAMU : 15 ou le SMUR le plus proche

Centre antipoison (paris) : 01 40 05 48 48

Pompiers : 18

- Document original à conserver au club et copie à envoyer au Comité Départemental de Golf de l'Essonne : Maison des Comités Départementaux, Boulevard Charles de Gaulle 91540 Mennecy.

- Document valable pour toute la saison 2017



Comité Départemental de Golf de l'Essonne

Maison Départementale des Comités Sportifs, Boulevard Charles de Gaulle, 91540 Mennecy



AUTORISATION PARENTALE : PRELEVEMENT NECESSITANT UNE TECHNIQUE INVASIVE LORS D'UN CONTROLE ANTIDOPAGE CONCERNANT LES MINEURS OU LES MAJEURS PROTEGES.

(En application de l'article R. 232-52 du code du sport)

Je soussigné(e) (Nom Prénom) :

Agissant en qualité de père, mère ou **représentant légal de l'enfant mineur ou du majeur protégé**
(Nom Prénom de l'enfant) :

.....

Autorise tout préleveur, agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage ou missionné par la Fédération internationale, dûment mandaté à cet effet, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères) lors d'un contrôle antidopage sur l'enfant mineur ou le majeur protégé :

(Nom et Prénom de l'enfant) :

.....

Ce document devra être présenté au préleveur lors d'un contrôle antidopage invasif.

Il est valable pour la saison sportive 2017.

Fait à, le

Signature :

« Article R. 232-52 du code du sport »

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 remise 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. »

L'absence d'autorisation parentale, lors d'un contrôle antidopage invasif, est constitutive d'un refus de se soumettre à ce contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à son égard (deux ans de suspension de compétition).

L'original ou une copie doit être conservé par le joueur mineur et devra être présenté, le cas échéant, au préleveur. Une copie doit être transmise au Club du joueur ainsi qu'à sa Ligue d'appartenance.