

JE, SOUSSIGNÉ,

NOM	PRÉNOM
ADRESSE	

CONSENS QUE MON ENFANT

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE	NATIONALITÉ
ADRESSE	

PRATIQUE LE RUGBY ET RESPECTE LES STATUTS DE

CLUB ERL	ANNÉE: 2021/2022
----------	------------------

APTITUDE

J'ai été informé oralement et par écrit et déclare savoir que le rugby est un sport de contact. Je suis conscient que le rugby exige que mon enfant soit en bonne santé. Je certifie ne pas avoir connaissance de problèmes de santé qui vont à l'encontre de la pratique du rugby. Je suis notamment conscient que certaines maladies font obstacle à l'exercice de rugby, telles que l'épilepsie, les maladies coronaires, les problèmes cardiovasculaires, l'hémophilie. Je suis attentif au fait que cette liste n'est pas exhaustive et qu'il peut également y avoir d'autres maladies qui pourraient nuire à l'exercice de rugby. Je suis averti que toute maladie existante de mon enfant doit être annoncée.

En outre, je déclare les médicaments que prend mon enfant qui ont un effet négatif sur la pratique du rugby.

Je suis conscient que le Club n'est pas responsable de la santé de l'enfant.

ACCIDENTS

En cas d'accident – également en dehors de la pratique du rugby – et à défaut d'être joignable, j'autorise le Club à faire tout ce qui est nécessaire pour assurer des soins médicaux adéquats à la santé de mon enfant, après un examen attentif et, si nécessaire, après avoir consulté le corps médical. Je consens à toute intervention médicale urgente en particulier chirurgicale.

J'autorise les dirigeants du Club à procéder à l'admission de mon enfant dans un établissement de soins et à prendre les dispositions pour remplir les formalités nécessaires, en particulier à l'étranger, et pour éventuellement le rapatrier en Suisse.

COUVERTURE D'ACCIDENT

J'atteste que mon enfant a une couverture d'assurance adéquate pour le traitement des accidents en tout genre – au-delà de la pratique du rugby – en Suisse et à l'étranger.

DOPAGE

J'ai lu la déclaration de soumission de Swiss Olympic, l'ai signée et l'accepte.

Si mon enfant doit prendre des médicaments, je consulte un médecin pour savoir si ils sont sur la liste des Substances et Méthodes interdites de l'Agence Mondiale Antidopage. J'en informe l'entraîneur immédiatement si c'est le cas.

Je suis conscient que mon enfant peut subir des contrôles antidopage et donne mon consentement exprès.

Je comprends qu'une violation des règles d'antidopage peut entraîner des sanctions contre mon enfant, en particulier financières, qui sont exigibles au titulaire de l'autorité parentale.

SURCLASSEMENT (COCHER POUR ACCEPTER)

<input type="checkbox"/>	J'accepte expressément que mon enfant puisse jouer contre des équipes avec des joueurs plus âgés ou faire partie d'une équipe composée de joueurs plus âgés.
--------------------------	--

VALIDATION

FAIT À	DATE	SIGNATURE
--------	------	-----------