

## **NOTE TECHNIQUE : 22-NT-04**

1/ Le C.O.J.I. a établi un document unique afin de faciliter les procédures d'enregistrement et d'accréditation, dans lequel il est essentiel de joindre l'information médicale.

2/ Au moment de l'accréditation, le Chef d'expédition sportive devra signer, en tant que responsable de la délégation, une attestation (qui lui sera fourni) indiquant qu'il est en possession de tous les documents pour chaque membre de sa délégation, lesquels seront détenus "in situ" et mis à la disposition de toute demande de présentation faite par le COJI, le COL ou le responsable médical.

- ✓ Autorisation parentale
- ✓ Informations médicales
- ✓ Copies de Pièces d'identités (du mineur et du représentant légal signataire).

Le document médical doit indiquer s'il existe des observations médicales spécifiques concernant le sportif et fournir ces informations au médecin responsable (du sport ou de l'hôtel) le jour de l'arrivée à l'hôtel de résidence.

Dans le cas où un chef d'expédition sportive certifie être en possession des documents pour pouvoir être accrédité et ne les détient pas matériellement, cela sera considéré comme une fraude. En conséquence, il fera l'objet d'une part, des sanctions disciplinaires du COJI avec l'empêchement d'agir dans l'exercice de ses fonctions au sein des organisations et des activités de cette organisme, et d'autre part, des sanctions légales qui s'appliquent et qui seront portées devant l'organe juridique approprié.

Enfin, la documentation ne sera recevable que si elle est accompagnée d'une copie du passeport ou de la carte d'identité du signataire, ainsi que la preuve du tutorat légal dans le cas où le signataire n'est pas l'un des parents.

### **LES DEUX FICHES SONT A REMETTRE AU C.O.J.I. LORS DES OPERATIONS D'ACCRÉDITATION**

**Joindre la photocopie de la carte d'identité ou du passeport du signataire (père, mère ou tuteur)  
En cas de tuteur, un justificatif doit être fourni.**



Comité d'Organisation Jeux des Iles

JEUX DES ILES  
"ILLES BALEARS – MALLORCA-CALVIA"  
24 au 29 mai 2022

**AUTORISATION PARENTALE**  
(Pour une personne mineure)

**ILE (s)** ..... **SPORT :** .....

Je soussigné(e)

**Nom**.....**Prénom**.....

**Adresse**.....

**Ville :** ..... **Ile(s) :** ..... **Pays :** .....

**N° carte d'identité ou passeport (copie jointe) :**.....

**Tél/ contact urgent :** ..... **Tél/domicile :**.....

**Tél/ Mobile :** ..... **E-mail :** .....

Agissant en qualité de : **Père**  **Mère**  **Tuteur (rice) légal(e)**

exerçant le droit de garde du mineur suivant :

**Nom et prénom:** ..... **Date de naissance:** .....

1 / **Autorise son voyage** avec la délégation de l'île indiquée ci-dessus, pour assister et participer aux XXIV<sup>èmes</sup> « Jeux des Iles », organisés par le C.O.J.I. et le Comité d'Organisation Local «Illes Balears-Mallorca-Calvià 2022», qui se dérouleront du 24 AU 29 mai 2022, à Calvià, sur l'île de Majorque, Baléares, Espagne.

2/ **Autorise la prise de photographies** le représentant (captation, fixation, enregistrement, numérisation) qui paraîtront dans les tous les supports de publications et d'informations utilisés par le C.O.J.I. et le C.O.L (bulletins, presse, télévision, site Web du C.O.L. Instagram, Facebook, Tiktok...), à titre gracieux dans le cadre précisé ci-dessus, sans limitation de durée, sans usage commercial.

2 / **J'autorise à faire procéder** par le Service Médical du C.O.L., en cas d'urgence, **toute intervention médicale**, chirurgicale, ou rapatriement que nécessiterait leur état de santé.

3 / Je confirme, sous ma responsabilité,

- qu'il n'existe pas d'obstacle médical à leur participation, conformément aux certificats et rapports médicaux établis par les médecins concernés. (remplir la fiche médicale jointe)

- qu'il existe des prescriptions spécifiques qui accompagnent la fiche de renseignement médicale (ci-jointe), dans laquelle figurent des informations importantes qui doivent être prises en compte par les services médicaux de l'organisation.

Fait à ....., le ...../...../2022

Signature



**FICHE MÉDICALE**  
(Par sportif)

**ILE(S) :** .....

**SPORT** .....

**Nom**.....**Prénom**.....

**Date de naissance:**..... **Taille:** ..... **Poids:**.....

**Groupe sanguin:** ..... (Éventuellement RH)

**VACCINATIONS :** - Tétanos date.....

- Poliomyélite date.....

- Autre : .....

**SITUATION COVID19 :**

VACCINE préciser la date .....

CERTIFICAT DE RÉTABLISSEMENT suite à test PCR positif datant de plus de 14 jours,  
valable jusqu'au.....

AUTRE SITUATION

**AFFECTIONS CLINIQUES IDENTIFIÉES :**

Traitement actuel : .....

Préventif : .....

De crise : .....

**PROBLÈMES ACTUELS DE SANTE :**

En traitement pour..... Depuis .....

Médications en cours : .....

**ALLERGIES CONNUES:**

- .....

- .....

**OBSERVATIONS :**

Nom du Médecin de famille: .....Tel: .....

Téléphone/contact en cas d'urgence : .....

**(En cas, se munir de l'ordonnance de prescription et des médicaments)**