



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIE MINEUR

Je soussigné (nom, prénom, qualité)

.....

en cas d'accident de (nom, prénom du licencié)

.....

autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire,
- le responsable de l'association, du comité ou de la F.F.R. :
 - à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Signature des parents ou du représentant légal

Joindre une photocopie de la carte VITALE

Coordonnées de la ou des personnes à joindre en cas d'accident :

Nom :

Prénom :Qualité :

Adresse :

Téléphone (portable et fixe si possible) :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Coordonnées du joueur :

NOM.....Prénom.....

Date de naissance :

Adresse :

Licencié au club :