



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

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 FFR :

- 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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Numéro de sécurité sociale : _____

Nom, adresse, téléphone du médecin traitant : _____

Éléments médicaux à signaler (allergies, autres) _____

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

1. NOM, Prénom, qualité : _____

Téléphones (portable et fixe) : _____

2. NOM, Prénom, Qualité _____

Téléphones (portable et fixe) : _____

Fait à : _____ le _____

Signature