

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

Fait à :

Le

Signatures:

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Allergies connues :

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____