

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

en cas d'accident de (NOM, prénom et catégorie du licencié)

NOM

Prénom

Catégorie

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 :

Signatures

Le :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

NOM _____

Prénom _____

Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) _____

Email _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Données personnelles (en cas d'accident) :

N° Sécurité Sociale : _____ (15 chiffres)

Mutuelle du joueur : _____ N° Adhérent _____