

## 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 \_\_\_\_\_