 ***4627 E***

**AUTORISATION DE SOINS EN CAS D’ACCIDENT**

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

en cas d’accident de (NOM, prénom, date et lieu de naissance 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 : Signatures

Le :

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES - OBLIGATOIRES**

- Coordonnées de la (des) personne(s) à contacter en cas d’accident :

1 – NOM, Prénom, Qualité :

Téléphone (portable et fixe) :

2 – NOM, Prénom, Qualité :

Téléphone (portable et fixe) :

- N° de Sécurité Sociale (celui auquel l’enfant est rattaché) :

- Allergies ou informations complémentaires importantes :

- Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :