



## 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 : \_\_\_\_\_