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 : _____