

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

---

en cas d'accident de (NOM, prénom 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 COMPLÉMENTAIRES

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

NOM : Prénom :  
Qualité : Téléphone :

### **Coordonnées du médecin traitant :**

NOM et prénom :  
Adresse :  
Téléphone :