

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 :