



## 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

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la /des personnes à joindre en cas d'accident :

1. NOM, Prénom, qualité : \_\_\_\_\_

Téléphones (portable et fixe) : \_\_\_\_\_

2. NOM, Prénom, Qualité \_\_\_\_\_

Téléphones (portable et fixe) : \_\_\_\_\_

3. Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

4. Nom, adresse, téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. A signaler (allergies, autres) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature