



SAISON 2016/2017

POUR LES MINEURS(ES) AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je, soussigné(e) (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 :
 - A prendre toute les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - A reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du (ou de la) représentant(e) légal(e) du (ou de la) mineur(e)

Informations complémentaires

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident

Nom

Prénom

Téléphone (portable et fixe si possible)

Coordonnées du médecin traitant

Nom et prénom

Adresse

Téléphone

Engagement du ou des représentants légaux

Le ou les représentants légaux s'engagent à avoir un comportement irréprochable sur les bords de terrains. Dans le cas contraire, la responsabilité du club pourrait être engagée.

Date et signature du (ou de la) représentant(e) légal(e) :