

# AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité)

en cas d'accident de (Nom et prénom du licencié)

autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de l'association, du comité départemental, de la ligue ou de la FFR :
  - à prendre toutes les 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 :

Signature

Le :

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personne à joindre en cas d'accident :

Nom

Prénom  Qualité

Téléphone (portable et fixe si possible)

Autre personne à joindre en cas d'accident :

Nom

Prénom  Qualité

Téléphone (portable et fixe si possible)

## **Coordonnées du médecin traitant**

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone