

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 :
 - A prendre toutes 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 responsable légal du mineur

Fait à :

Le :

Signature :

Cordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

Nom :

Prénom : Qualité :

Tel. Domicile :

Tel. Portable : Tel. Professionnel :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et prénom :

Adresse :

Portable : Professionnel :