



## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné ( NOM, Prénom, Qualité),

qu'en cas d'accident de ( Nom, Prénom du licencié ),

autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale nécessaire.
- le responsable de l'association, du Comité 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 d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal.

### Renseignements complémentaires

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident

**NOM** : \_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_

**Qualité** : \_\_\_\_\_ **Téléphone** : Fixe : \_\_\_\_\_  
Portable : \_\_\_\_\_

\***Numéro de Sécurité Sociale du tuteur**: \_\_\_\_\_

\***Mutuelle** : \_\_\_\_\_ \***N° de mutuelle** : \_\_\_\_\_

\***Nom du médecin traitant** : \_\_\_\_\_

\***Adresse** : \_\_\_\_\_

\***Téléphone** : \_\_\_\_\_

\***Allergie(s) médicamenteuse(s) reconnue(s) par un spécialiste** :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*champs obligatoires

Signatures du ou des responsables légaux.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_