



## 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 toutes 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 représentant légal du mineur

Fait à :

Le :

Signatures

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

NOM :

Prénom :

Qualité :

Tél Domicile :

Tél Portable :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code Postal :

Téléphone :