



## 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 :
  - à prendre toutes 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 :

Signatures

Le :

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la 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 :

---