

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT 2024-2025

Je soussigné (Nom, Prénom, Qualité) :

.....

Téléphone :

En cas d'accident de l'enfant (Nom, Prénom du licencié mineur) :

.....

Autorisé 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 représentant légal du mineur.

Cette autorisation est valable de ce jour jusqu'au 31 août 2025

Fait à : Le

Signatures du ou des représentants légaux

Informations complémentaires :

Autre personne à joindre en cas d'accident :

Nom :Prénom : Qualité :

Téléphone :

Nom du médecin traitant :

Docteur :