

SAISON 2020/2021

POUR LES MINEURS(ES) 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 toute 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 (ou de la) représentant(e) légal(e) du (ou de la) mineur(e)

Informations complémentaires

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident

Nom – Prénom

Téléphone (portable et fixe si possible)

Coordonnées du médecin traitant

Nom et prénom

Adresse

Téléphone

Engagement du ou des représentants légaux

Le ou les représentants légaux s'engagent à avoir un comportement irréprochable sur les bords de terrains. Dans le cas contraire, la responsabilité du club pourrait être engagée.

Date et signature du (ou de la) représentant(e) légal(e) :