



## SAISON 2016/2017

### 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 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 (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) :