



## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

SAISON 2020/2021

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 :
  - 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 : \_\_\_\_\_

Complexe Jean-Jacques Marcel - Stade Roger Bataillard - Bvd Just Marie Raynouard - 83170 BRIGNOLES

Tél 04 94 80 75 03 // Courriel : [secretaire@rugbyprovencexv.fr](mailto:secretaire@rugbyprovencexv.fr)

Site : <http://rugbyprovencexv.fr/>

Siret : 424 204 196 000 10 Code APE : 9312Z