



Rugby Club Touvet Pontcharra

AUTORISATION DE SOINS 2018/2019 EN CAS D'URGENCE

Identité du joueur :

Nom : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____ à : _____
Adresse : _____

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, l'école de rugby fera appel :

— _____ soit à votre Médecin traitant
— _____ soit au SAMU ou aux pompiers

Il est donc indispensable que nous puissions connaître vos coordonnées téléphoniques familiales et professionnelles.

Allergies connues ou problèmes médicaux:

- oui
 non

Si oui, lesquelles :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Père Nom : _____ Prénom : _____
 Mère Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Poste : _____

Autre personne susceptible de vous joindre rapidement :

Nom : _____ Prénom : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____
Téléphone travail : _____ Poste : _____

Médecin traitant :

Nom : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

Je soussigné : Nom/Prénom : _____ Qualité : _____
_____ Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale
nécessaires

_____ Autorise le responsable de l'école de rugby :
_____ à demander l'admission en établissement de soins,
_____ à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas
d'indisponibilité absolue des parents

Fait à : _____ Le : _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé, bon pour autorisation et décharge de responsabilité »)