

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Catégorie M :

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

en cas d'accident de (NOM, prénom du licencié) _____

Date et lieu de Naissance _____

Adresse

N° Sécurité Sociale :

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 : _____ Le : _____

Signatures

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 : _____