**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 »)