

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (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, de la ligue 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 :

Signature

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

#### **Personne à joindre en cas d'accident :**

NOM : .....

Prénom : ..... Qualité : .....

Téléphone portable (et fixe si possible) : .....

#### **Autre 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 : .....

**Allergies :** Non ☐ Oui ☐ (à préciser).....

**PAI :** Non ☐ Oui ☐