



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné(e) _____

Père Mère Tuteur(rice)

En cas d'accident de

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- Le responsable de l'association, du comité ou de la FFR :
 - A prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - A prendre 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

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident

Nom : _____

Prénom : _____

Qualité : _____

Téléphone (portable & fixe si possible) : _____

Coordonnées du médecin traitant

Nom & Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____