



## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIE MINEUR

Joueur Mineur NOM : .....PRENOM : .....

Date de Naissance : .....

ADRESSE : .....

**En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable du stage, de la Sélection, fera appel à un médecin, au SAMU., et vous préviendra le plus rapidement possible.**

**POUR CELA, MERCI DE PRECISER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :**

**NUMERO DE TELEPHONE OU VOUS POUVEZ ETRE JOINT RAPIDEMENT :**

PERE : ..... MERE : ..... Responsable : .....

Numéro de téléphone de voisin ou ami ou famille :

NOM : ..... Téléphone : .....

Médecin Traitant : Docteur : ..... Téléphone : .....

**Etablissement de soins choisi \***

HOPITAL .....

CLINIQUE .....

\* Ce choix sera bien sûr respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de l'enfant ou de l'adolescent.

**Je soussigné : Monsieur .....**

**Madame .....**

**Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire**

**Autorise le responsable du Stage, de la Sélection :**

- à demander l'admission en établissement de soins
- à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Date : .....

Signature du Père, de la Mère, ou du Responsable Légal