



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