



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT



Concernant (NOM, PRENOM du joueur licencié à Mérignac Rugby, Date de Naissance),

Je soussigné (NOM, Prénom, Qualité (Père, Mère, Tuteur, ...), N° de portable)

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
- Le responsable de l'association, du comité départemental, de la ligue ou de la FFR :
 - A prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins.
 - A reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Fait à :

Signature

Le :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autre personne importante à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone(s) : _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone(s) : _____

Commentaires, Allergies connues, ...
