



## Autorisation de Soins

### En cas d'accident survenant à un licencié mineur

Joueur mineur :

NOM : ..... PRÉNOM : .....

CLUB : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le Dirigeant ou Responsable de la Catégorie de votre enfant fera appel au médecin du club, soit à votre médecin traitant, soit au SAMU (Tél. 15), et vous préviendra le plus rapidement possible.

**Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :**

☞ Numéro de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

☎ Père : ..... ☎ Mère : .....

☞ Numéro de téléphone de voisin ou ami ou famille :

Nom : ..... ☎ : .....

☞ Médecin traitant : Docteur ..... ☎ : .....

☞ Établissement de soins choisi :

▪ Hôpital : .....

▪ 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 Club :**
  - à demander l'admission en établissement de soins ;
  - à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Fait à ....., le .....

*Signature du Père, de la Mère ou du représentant légal.*