



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.