

## Autorisation de soins 2010/2011

### En cas d'urgence concernant un licencié mineur

#### Identité du joueur

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... à : .....  
Demeurant à : .....  
.....

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le RCSB fera appel :

- Soit au médecin du club
- Soit à votre Médecin Traitant
- Soit au SAMU ou Pompiers

Il est donc indispensable que nous puissions connaître vos coordonnées téléphoniques familiales et professionnelles.

#### Personne à contacter en cas d'urgence

Père  Nom : ..... Prénom : .....  
Mère  Tél domicile : - - - - - Tél portable : - - - - -  
Autre  Tél travail : - - - - - poste : - - -

#### Autre personne susceptible de vous joindre rapidement

Nom : ..... Prénom : .....  
Tél domicile : - - - - - Tél portable : - - - - -  
Tél travail : - - - - - poste : - - -

#### Médecin traitant

Nom : ..... Téléphone : - - - - -  
Adresse : .....

Je soussigné : Nom/Prénom ..... Qualité : .....

- ✓ 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 (précédée de la mention « lu et approuvé, bon pour autorisation et décharge de responsabilité ») :