

## Autorisation de soins 2011/2012

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

Je soussigné (nom, prénom et qualité) : .....

En cas d'accident concernant (nom, prénom du licencié) : .....

- ✓ Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire
- ✓ Autorise le responsable de l'équipe, de l'association, du comité ou de la FFR :
  - à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander l'admission en établissement de soins
  - à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

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

|       |                          |                          |                          |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Père  | <input type="checkbox"/> | Nom : .....              | Prénom : .....           |
| Mère  | <input type="checkbox"/> | Tél domicile : - - - - - | Tél portable : - - - - - |
| Autre | <input type="checkbox"/> | Tél travail : - - - - -  | poste : - - -            |

#### Autre personne susceptible de vous joindre rapidement

|       |                          |                          |                          |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Père  | <input type="checkbox"/> | Nom : .....              | Prénom : .....           |
| Mère  | <input type="checkbox"/> | Tél domicile : - - - - - | Tél portable : - - - - - |
| Autre | <input type="checkbox"/> | Tél travail : - - - - -  | poste : - - -            |

#### Médecin traitant

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

Numéro de sécurité sociale : .....

Allergies éventuelles : .....

Fait à : ..... Le : .....

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