

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIE MINEUR

Joueur mineur : NOM :PRENOM :CLUB :

Date de naissance :

Adresse :

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable du club vous préviendra le plus rapidement possible et fera appel soit :

- à votre Médecin Traitant
- au SAMU (Tél : 15 ou 112)

Pour cela merci de préciser les renseignements suivants :

- Numéros de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

PÈRE : Tél : MÈRE : Tél :Responsable légal : Tél :

- Numéro de téléphone de voisin ou ami ou famille :

NOM : Tél :

Médecin traitant : Docteur Tél :

Allergies de l'enfant :

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 :

Madame

Monsieur

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.

Date Signature du Père, de la Mère ou du Responsable légal

FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS L'ETABLISSEMENT DE SOINS