AUTORISATION DE SOINS
EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UNLICENCIE MINEUR

NOM:..... PRENOM:.....
Date de naissance:...../...../.....
Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré(e):.....
Adresse:.....

En cas d'accident, le responsable fera appel soit au SAMU ou au POMPIER. Il vous préviendra le plus rapidement possible

POUR CELA, MERCI DE PRECISER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS

Numéro de téléphone où vous pouvez être joint rapidement:

Parent 1: Tel travail:.....
Portable:.....
Domicile:.....

Parent 2: Tél travail:.....
Portable:.....…
Domicile:.....

Médecin traitant:..... Tél:.....

Vaccination antitétanique: Date:.....

Actuellement un traitement est-il en cours? ☐ NON ☐ OUI
Si oui lequel:.....

Ya-t-il des allergies connues, ☐ NON ☐ OUI A quel produit?.....

Numéro de téléphone d'un voisin ou ami de la famille: Nom:.....
Téléphone:.....

Je soussigné: Parent 1: Parent 2:

Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire.
Autorise le Responsable de la Commission sportive

- A demander l'admission en établissement de soins;
- A reprendre le joueur → sa sortie en cas d'indisponibilité des parents.

Date: Signature des parents ou responsable légal.

FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT DE SOINS