

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT UBJ

➤ Je soussigné **PARENT 1** (NOM, prénom, qualité) :

-
- N° Sécurité Sociale (15 chiffres) :
 - Téléphone portable et fixe :

➤ Je soussigné **PARENT 2** (NOM, prénom, qualité) :

-
- N° Sécurité Sociale (15 chiffres) :
 - Téléphone portable et fixe :

en cas d'accident de (NOM, prénom du joueur licencié) :

.....

autorise/autorisons par la présente :

- ➔ tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- ➔ le responsable de l'association, du Comité départemental, de la ligue ou de la FFR :
 - ◆ à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son 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

Autre personne à joindre en cas d'accident :

NOM :

Prénom :

Qualité :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Fait à :

Le :

SIGNATURE PARENT 1

SIGNATURE PARENT 2

