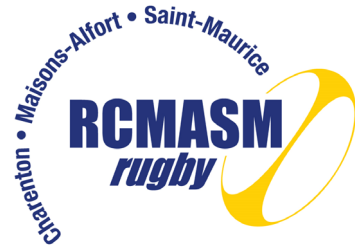


**AUTORISATION DE SOIN EN CAS
D'ACCIDENT 2023-2024**



Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

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

Autorise par la présente :

- ✚ Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- ✚ Le responsable de l'association, du Comité 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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM :

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Le ou les représentants légaux s'engagent à avoir un comportement irréprochable sur les bords de terrains. Dans le cas contraire, la responsabilité du club pourrait être engagée.

Fait à : _____ Signature

Le : _____