

**AUTORISATION DE SOIN EN CAS  
D'ACCIDENT 2024-2025**



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 : \_\_\_\_\_