



## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT



Concernant (NOM, PRENOM du joueur licencié à Mérignac Rugby, Date de Naissance),

Je soussigné (NOM, Prénom, Qualité (Père, Mère, Tuteur, ...), N° de portable)

### **Autorise 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 :
  - A prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins.
  - A reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Fait à :

Signature

Le :

### **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

#### **Autre personne importante à joindre en cas d'accident :**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

#### **Coordonnées du médecin traitant :**

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

#### **Commentaires, Allergies connues, ...**

---

---

---