

FICHE AUTORISATION DE SOINS

EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIE MINEUR

JOINDRE COPIE DE LA CARTE VITALE



JOUEUR/JOUEUSE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

Numéro de sécurité sociale : (15 chiffres)

.....

Groupe sanguin :

Allergie :

.....

.....

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable fera appel soit au SAMU, soit aux Pompiers et vous préviendra le plus rapidement possible. Pour cela, merci de renseigner les numéros de téléphone sur lesquels vous êtes joignables rapidement.

Contact 1 : Portable perso : Domicile :

Contact 2 : Portable perso : Domicile :

Autre contact (précisez) :

Nom du médecin traitant : Numéro :

Etablissement de soins choisis ::

- Hopital :
- Clinique :

Je soussigné, Monsieur, Madame,

autorise tout examen, soins, interventions chirurgicales nécessaires

Autorise le responsable du club à :

- Demander l'admission en établissement de soins
- Récupérer l'enfant à sa sortie de l'établissement de soins uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Autorisation valable pour la saison 2024-2025, du 01/07/2024 au 30/06/2025

Signature du père, de la mère ou du responsable légal :