Rugby Club de Guidel
contact@rugbyguidel.fr

Autorisation de soins en cas d'accident

Je soussigné(e) _____,
(Prénoms et NOM du signataire)

père(*), mère(*), tuteur légal(*), tutrice légale(*) *(*) : rayer les mentions*

de l'enfant _____, autorise par la présente,
(Prénoms et NOM de l'enfant)

en cas d'accident de mon enfant :

- 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.

Fait à Guidel, le _____, *(Signature)*

Informations complémentaires

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

Nom : _____

Prénom : _____

Qualité : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Coordonnées du médecin traitant :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

N° Sécurité Sociale : |__|__ __|__ __|__ __|__ __ __|__ __ __|__ __ __| |__ __|

Nom de la Mutuelle : _____

Numéro mutualiste :