



XV DES GAVES

saison 2020-2021

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné, agissant en qualité de père/ mère, en cas d'accident de (Nom Prénom du joueur)né(née) le domicilié àautorise par la présente:

* tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire

* le responsable de l'association, du comité FFR

- à prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
- à reprendre l'enfant à la sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom Prénom du joueur:.....

Adresse des parents:.....
.....

Nom et prénom de la personne à joindre:.....

Qualité: père mère autre(préciser).....

Adresse et n°tel:
.....
.....

Numéro de sécurité sociale:.....

Complémentaire / mutuelle :

Nom du médecin traitant:.....n°tel:.....

Adresse:.....

Date:

Signatures: