

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIÉ MINEUR

Joueur mineur : NOM :Prénom :CLUB :

Date de naissance :/...../20.....

Adresse :

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable du groupe de travail de la commission sportive régionale fera appel :

- soit au médecin du club :
 - soit au SAMU (tél : 15) ou POMPIER (tél : 18)
- Et vous préviendra le plus rapidement possible.

POUR CELA, MERCI DE PRECISER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

N° SS des parents : _____

Vaccination antitétanique : Date : / _____ /

- Actuellement un traitement est-il en cours ?

Non

Oui

Si oui lequel ?

- Y - a t'il des allergies connues ? NON OUI A quel produit ?

- Numéro de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

Père : trav : Mère : trav : Domicile :
port : port :

- Numéro de téléphone de voisin ou ami ou famille :

Nom : Tél :

- Médecin traitant : Docteur Tél :

Je soussigné :

Monsieur :

Madame :

Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire.

Autorise le Responsable de la commission sportive

- à demander l'admission en établissement de soins ;
- à reprendre le joueur à sa sortie en cas d'indisponibilité des parents.

Date :

Signature des parents ou du responsable légal.

FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT DE SOINS.