**AUTORISATION DE SOINS EN CAS D’ACCIDENT**

Je soussigné (NOM, Prénom, qualité)

En cas d’accident de (NOM, Prénom du licencié)

Autorise par la présente :

* Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
* Le responsable de l’association, du Comité 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

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

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

Nom : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Prénom : ----------------------------------------------------------------------------Qualité : -----------------------------

Téléphone portable : ----------------------------------

Fixe : ----------------------------------

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et Prénom : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Téléphone : -----------------------------