

# MODELE D'AUTORISATION DE SOINS RUGBY COMPÉTITION

## POUR LES MINEURS DE 15 ANS ET PLUS AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (nom, prénom, qualité) :

.....

en cas d'accident de (nom, prénom du licencié) :

.....

joueur / joueuse dans le club de :

.....

autorise par la présente :

Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.

Le responsable de l'Association, du Comité ou de la F.F.R. :

- à prendre toutes les 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.

### **Informations Complémentaires** **Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident**

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone (portable et fixe si possible) : .....

### **Coordonnées du Médecin traitant :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Date et signature du représentant légal :