**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** :
	+ 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:

Le:

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

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

Signatures

 NOM:

 Prénom: Qualité: \_

 Téléphone (portable et fixe si possible) : \_

Coordonnées du médecin traitant:

 NOM et Prénom: \_

Adresse: \_

Téléphone: \_