

# 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 pour la saison sportive **2011-2012**,  
• tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire  
• le responsable de l'association sportive Plaisir Rugby Club, du comité Ile de France de Rugby ou de la F.F.R.

- ✓ 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.

## Informations complémentaires

### Coordonnées de(s) (la) personne(s) à joindre en cas d'accident

Nom/ Prénom /Qualité : .....

Téléphone: .....

NOM / Prénom /Qualité: .....

Téléphone: .....

### Coordonnées du médecin traitant :

NOM: .....

Téléphone: .....

### Allergies alimentaires ou autre information médicale :

Date

Signature du représentant légal

# 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 pour la saison sportive **2011-2012**,  
• tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire  
• le responsable de l'association sportive Plaisir Rugby Club, du comité Ile de France de Rugby ou de la F.F.R.

- ✓ 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.

## Informations complémentaires

### Coordonnées de(s) (la) personne(s) à joindre en cas d'accident

Nom/ Prénom /Qualité : .....

Téléphone: .....

NOM / Prénom /Qualité: .....

Téléphone: .....

### Coordonnées du médecin traitant :

NOM: .....

Téléphone: .....

### Allergies alimentaires ou autre information médicale :

Date

Signature du représentant légal