

1^{ère} inscription

Ré-inscription

Mutation

Autorisation de soins en cas d'accident

Je soussigné(e) (nom, prénom, qualité)

.....
en cas d'accident de (nom, prénom du joueur(euse))

.....
autorise par la présente

- ✓ tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- ✓ le responsable de l'association, du Comité du Nord, de la Ligue des Hauts de France ou de la FFR
 - 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 de l'un des parents ou du représentant légal du joueur(euse) mineur.

Fait à :

Signature(s)

Le :20.....

Informations complémentaires

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

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

Coordonnées du médecin traitant du joueur(euse) :

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Allergies avérées, antécédents médicaux et toute autre information utile :

.....
.....
.....

(1) Rayer la mention inutile