

AUTORISATION PARENTALE

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT ESSAIS

Je soussigné (e),

NOM : Prénom :Qualité.....

en cas d'accident de l'enfant : NOMPRENOM.....

Date de Naissance :Catégorie :

Adresse Mail :

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

Fait à :

Le :

Signatures

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

NOM :

PRENOM : QUALITE :

TELEPHONE (portable et fixe si possible).....

Coordonnées du médecin traitant :

NOM ET PRENOM.....

ADRESSE.....

TELEPHONE.....

1^{ER} Essai le :

2^{ème} Essai le :

3^{ème} Essai le :

Confirmation le :