

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIÉ MINEUR

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Ville de naissance : Sexe :

Contre-indications Médicales :

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'Entente Bas Léon fera appel au médecin, à votre médecin traitant ou au Samu (15).

Autre personne à contacter en cas d'accident :

Nom et Prénom : Tèl :

Adresse :

.....

Médecin Traitant : Tèl :

Adresse :

Je, soussigné(e).....

Père, Mère, Tuteur (1) de l'enfant.....

Autorise par la présente :

- Tout examen, soins ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- Le responsable d'équipe ou du club :
 - o A prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - o A reprendre l'enfant à la sortie, uniquement en cas d'impossibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

(1) Rayer les mentions inutiles

Date

Signature du Père / Tuteur,

Signature de la Mère,

FIN DES ENTRAÎNEMENTS

Je soussigné(e).....

Autorise (2) N'autorise pas mon enfant.....

A rentrer seul après l'entraînement.

(2) Cocher la case correspondante

Date et signature du représentant légal :