



AUTORISATION DE SOINS

En cas d'accident ou de maladie aiguë.

JOUEUR : NOM : PRENOM :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Nationalité : Sexe : M F.

Adresse :

Code postal : Ville :

N° sécurité sociale :

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le responsable du club pourra faire un appel :

- Soit au médecin traitant.
- Soit au SAMU (Tel :15).

Et vous préviendra le plus rapidement possible. Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :

Médecin traitant :

Nom :  Tel :

Etablissement de soin choisi (*) :

Hôpital :

Clinique :

(*)Ce choix sera bien sûr respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de l'enfant.

***** **Signaler impérativement toutes allergies de type médicamenteux ou alimentaire** *****

Je soussigné, Monsieur :

Madame :

Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire,

Autorise le responsable du Pôle Formation de "Pays de Lourdes XV" ou l'éducateur à :

- Demander l'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 :

(Faire précéder la signature de la mention "Lu et approuvé, bon pour autorisation").