

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

Joueur mineur : NOM Prénom

Date de naissance : Club

Adresse

Mail parents@.....

Mail parents@.....

Merci de préciser les renseignements suivants

- Numéros de Téléphone où nous pouvons vous joindre rapidement :

Père : Tél Mère : Tél

Responsable légal : Tél

- Nom et Prénom de l'assuré

N° immatriculation Sécurité Sociale

Nom et Adresse du Centre de Paiement.....

- Nom Adresse de votre mutuelle :

N° d'immatriculation à votre mutuelle

- Nom et adresse du Médecin Traitant

.....

Tél

Traitement en cours

Contre-indication

Je soussigné(e), Mr Mme

Qualité : Père ☐ Mère ☐ Responsable Légal ☐

- autorise tout examen, soin et/ou intervention chirurgicale nécessaires,
- autorise le Responsable Départemental à demander l'admission en établissement de soins.

Date

Signature du Père, de la Mère ou
du responsable légal