



## Inscription saison 2024/2025 Catégories – Babies-M6-M8-M10-M12-M14-F15



### Autorisation de soins en cas d'accident

Je soussigné(e) (Nom, Prénom et Qualité)

.....

En cas d'accident de (Nom, Prénom du licencié)

.....

Autorise le responsable de l'équipe de l'association, du comité ou de la FFR présent :

- À prendre des dispositions pour toutes les interventions médicales qui seraient nécessaires,
- À prendre toutes 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.

### Personnes à contacter en cas d'urgence

1/ Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tel : .....

2/ Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tel : .....

3/ Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tel : .....

4/ Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tel : .....

### Médecin Traitant

Nom : ..... Adresse : .....

Tel : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signatures des deux parents ou du responsable légal :