



## ANNEXE 3

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

Joueur mineur : NOM : .....Prénom : .....CLUB : .....

Date de naissance : ...../...../19.....

Adresse : .....

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable du groupe de travail de la commission sportive régionale fera appel :

- soit au médecin du club :
- soit au SAMU (tél : 15) ou POMPIER (tél : 18)

Et vous préviendra le plus rapidement possible.

### ***POUR CELA, MERCI DE PRECISER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :***

- Vaccination antitétanique : Date : / \_\_\_\_\_ /

- Actuellement un traitement est-il en cours ? Non  Oui   
Si oui lequel ? .....

- Y - a t'il des allergies connues ? NON OUI A quel produit ? .....

- Numéro de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

Père : trav : ..... Mère : trav : ..... Domicile : .....  
port : ..... port : .....

- Numéro de téléphone de voisin ou ami ou famille :

Nom : ..... Tél : .....

- Médecin traitant : Docteur ..... Tél : .....

- Etablissement de soins choisi \*

Hôpital : .....

Clinique : .....

\* Ce choix sera bien sûr respecté selon le lieu et dans la mesure où l'établissement sera compatible avec l'état du joueur.

Je soussigné : Monsieur : Madame :

**Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire.**

**Autorise le Responsable de la commission sportive**

- à demander l'admission en établissement de soins ;
- à reprendre le joueur à sa sortie en cas d'indisponibilité des parents.

Date : Signature des parents ou du responsable légal.