



AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e) (NOM, prénom, qualité)

.....

En cas d'accident de (NOM et prénom de la licenciée)

.....

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
- Le responsable de l'association et/ou le Professeur :
 - 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 de l'enfant.

.....
Fait à

.....
Date

.....
Signature

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personne à joindre en cas d'accident :

Nom :

Prénoms :

Qualité :

Téléphone (fixe) :

Téléphone (portable):

Autre personne à joindre en cas d'accident :

Nom :

Prénoms :

Qualité :

Téléphone (fixe) :

Téléphone (portable):

MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :