

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

JOUEUR MINEUR : Nom : ..... Prénom : .....

Club : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable de la sélection fera appel:

- ❖ Soit au médecin traitant
- ❖ Soit au SAMU
- ❖ Soit au médecin présent sur le lieu du tournoi

et vous préviendra le plus rapidement possible.

**Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :**

Numéro de téléphone où vous pouvez être joint rapidement

Père (☎) : .....

Mère (☎) : .....

Ou représentant légal (☎) : .....

Médecin traitant : ..... (☎) : .....

### **Etablissement de soins choisi\* :**

Hôpital : .....

Clinique : .....

\* Ce choix sera bien sûr respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de santé de l'adolescent.

Je soussigné : Monsieur : .....

Madame : .....

- ❖ Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale si nécessaire
- ❖ Autorise le responsable de la sélection :
  - A demander l'admission en établissement de soins
  - A reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité des parents.

Fait à ..... le .....

Signature du père, de la mère ou du représentant légal

**Fiche indispensable pour toute admission dans un établissement de soins**