



SECTION FLOORBALL

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Renseigner en caractères d'imprimerie lisibles toutes les rubriques

Je soussigné (NOM, prénom, qualité) :

en cas d'accident de (NOM, prénom du licencié)

autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire ;
- Le responsable de l'association, du Comité ou de la FFFL
 - A prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissements de soins
 - A reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Fait à : _____

Signature

Le : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone: _____