



# 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: \_\_\_\_\_