



**AUTORISATION DE SOINS**  
EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIE MINEUR DU CLUB  
DE MAISONS-LAFFITTE SAINT GERMAIN POISSY RUGBYVELINES

**A REMPLIR EN DEUX EXEMPLAIRES**

**Cette autorisation suivra le joueur dans tous les déplacements.**

En cas d'accident et en fonction des soins nécessaires, le responsable fera appel aux Sapeurs Pompiers et vous préviendra le plus rapidement possible.

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

**JOUEUR LICENCIE :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Numéros de téléphone où vous pouvez être joint le plus rapidement possible :**

**Père (nom) :** \_\_\_\_\_

**☎ domicile :** \_\_\_\_\_ **📱 :** \_\_\_\_\_

**☎ travail :** \_\_\_\_\_

**Mère (nom) :** \_\_\_\_\_

**☎ domicile :** \_\_\_\_\_ **📱 :** \_\_\_\_\_

**☎ travail :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone d'un membre de la famille, d'un ami, d'un voisin :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ **☎** \_\_\_\_\_

Je soussigné : \_\_\_\_\_

Représentant légal du joueur licencié : père, mère, tuteur(1)

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Autorise tout examen, tout soin ou toute intervention chirurgicale qui serait nécessaire.

Autorise le responsable de groupe désigné par le club(2) :

- \_\_\_\_\_
- à accompagner mon enfant en cas d'urgence dans un établissement hospitalier,
  - à demander son admission en établissement de soins si nécessaire,
  - à reprendre mon enfant à l'issue des soins prodigués.

Attention, merci de préciser toute allergie connue (médicamenteuse, alimentaire, autre) et/ou maladie chronique connue (diabète, épilepsie, autre) : \_\_\_\_\_

**Si prise de médicament pendant les entraînements et/ou rencontres, merci de joindre l'ordonnance en début de saison et penser à munir l'enfant de son traitement.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature,

(1) rayer la mention inutile

(2) sera complété par la personne accompagnatrice