



**U.S.L, La Douve, 46140 LUZECH**  
**AUTORISATION DE SOINS/saison 2011/2012**

En cas d'accident survenant à un licencié mineur

**Renseignements concernant le joueur mineur :**

Nom : ..... Prénom :.....

Date de naissance : .....

Adresse : .....  
.....

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'Ecole de rugby fera appel  
- soit au médecin de garde,  
- soit au SAMU (15),  
et vous préviendra le plus rapidement possible.

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

**N° de téléphone où vous pouvez être joints rapidement :**

Père :.....	Port :.....	Profession : .....
Mère (si différent).....	Port : .....	Profession : .....
Ou du responsable légal :	.....	
Autre(s) N° :	.....	
E-mail :	.....	

**Médecin traitant :** Dr.....  
Adresse .....  
Tél. : .....

Observation particulières (allergie,...) :.....

**N° Sécurité Social** couvrant l'enfant :

- / - - / - - / - - - / - - - / - - - / - -

Nom et Adresse de l'organisme de S.S. : .....  
.....

**Etablissement de soins souhaité\*** : Hôpital.....(1)  
Clinique.....

\* Ce choix sera respecté en fonction de l'état de l'enfant, dans la mesure où l'établissement sera compatible avec les soins à donner.(1) rayer mentions inutiles Merci

**Je soussigné(e), ....., père, mère, responsable légal (1) de**  
.....

**Autorise le Responsable du Club :**

- à faire pratiquer tout examen médical, soin ou intervention chirurgicale nécessaire
- à demander l'admission en établissement de soins
- à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents

**Signature du père, mère, Responsable légal (1)**

**Fait-le** .....