

U.S.L, La Douve, 46140 LUZECH
AUTORISATION DE SOINS/saison 2009/2010

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 :

Mère (si différent)

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

FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT DE SOINS