**AUTORISATION DE SOINS EN CAS D’ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIE MINEUR**

Nom et Prénom de l’enfant :……………………………………………………………………………………………………………..

Date de naissance :………………………. Ville de naissance :…………………………………………Sexe :………………..

Contre-indications Médicales :…………………………………………………………………………………………………………..

En cas d’accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l’EBL fera appel au médecin, à votre médecin traitant ou au Samu (15).

Autre personne à contacter en cas d’accident :

Nom et Prénom :……………………………………………………………………………..Tèl :…………………………………………..

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Médecin Traitant :……………………………………………………………………………Tèl :…………………………………………..

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Je, soussigné(e)…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Père, Mère, Tuteur (1) de l’enfant………………………………………………………………………………………………………

***Autorise*** par la présente :

* Tout examen, soins ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
* Le responsable d’équipe ou du club :
	+ A prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
	+ A reprendre l’enfant à la sortie, uniquement en cas d’impossibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.
1. Rayer les mentions inutiles

Date Signature du Père / Tuteur, Signature de la Mère,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIN DES ENTRAINEMENTS**

Je soussigné(e)…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Autorise (2) N’autorise pas mon enfant…………………………………………………….

A rentrer seul après l’entrainement.

1. Cocher la case correspondante

Date et signature du représentant légal :