



RC VRGP

Nom : N° de sécurité de sociale :

Prénom : Nom et N° de Mutuelle :

Date de naissance :/...../.....

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (e), père, mère, tuteur légal,
de l'enfant

Autorise le Rugby Club La Valette - Le Revest - La Garde -Le Pradet par la présente, à faire
prodiguer :

Tout examen (s) ou intervention (s) qui serait nécessaire,

Par le responsable de l'association, du comité ou de la FFR :

- de prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins.
- et reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom :

Prénom : Qualité :.....

Téléphone :

Domicile Portable :.....

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone :

Fait à, le/...../.....

Signature