2 Allée Georges Hassoux

Ile de Puteaux 92800 PUTEAUX

Tel/Fax : 01 45 06 28 20 Port: 06 82 11 54 90

Affiliation FFR: 7134E siren : 478139199

 courriel : puteauxrugby@wanadoo.fr

**AUTORISATION DE SOINS EN CAS D’ACCIDENT**

Je soussigné(e) Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualité (père, mère,…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cas d’accident de mon fils / ma fille, Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire

- Les éducateurs ou dirigeants de Puteaux Rugby, ainsi que les responsables du Comité ou de la FFR

- à prendre toute mesure utile et notamment à demander son admission en établissement de soins

‐ à reprendre l’enfant à sa sortie, uniquement en cas d’indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

**Numéros de téléphone des personnes à joindre en cas d’accident :**

Père Domicile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Travail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mère Domicile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Travail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Famille, voisin Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_téléphone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date et Signature du représentant légal** précédée de la mention « lu et approuvé »

**RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES POUR TOUTE DECLARATION D’ACCIDENT**

**Responsable légal** : Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ville\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mutuelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Coordonnées du médecin traitant**

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaccin Tétanos obligatoire, date du dernier rappel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres renseignements importants (contre-indications, allergies, …) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

