

FICHE MEDICALE JOUEUR Saison 2016/2017



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT :

En cas d'accident du joueur (NOM, Prénom du licencié, date de naissance) :

.....

Je, soussigné (NOM, Prénom, Qualité : père, mère, représentant légal),

.....

Autorise par la présente les responsables de l'association, du Comité ou de la FFR en cas d'accident à :

- Faire effectuer tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- Prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissements de soins
- Procéder à la sortie de l'établissement de soins

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence

.....

Coordonnée du médecin traitant :

Nom prénom : _____

Ville, téléphone : _____

LE JOUEUR :

Allergies alimentaires

Précisez : _____

Allergies médicamenteuses

Précisez : _____

Autres indications médicales

Précisez : _____

Numéro de sécurité sociale de la personne ayant en charge l'enfant

__ / __ / __ / __ / ___ / ___ / __

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / 20.....

SIGNATURES :

Père

Mère

Représentant légal