

**Autorisation de soins**

**En cas d’accident survenant à un licencié mineur**

Nom & prénom de l’enfant :

Date de naissance :

**En cas d’accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l’Ecole de Rugby fera appel, soit au médecin du club, soit à votre médecin, soit au SAMU, et vous préviendra le plus rapidement possible.**

**Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :**

* Numéro de téléphone ou vous pouvez être joint rapidement :
	+ Père : Mère :
* Numéro de téléphone d’un voisin ou ami ou famille :
	+ Nom  Tel :
* Médecin traitant : Docteur : Tel :
* Établissement de soins choisi (sera respecté si possible, en fonction du choix du SAMU) :
	+ Hôpital :
	+ Clinique :

Je soussigné : Monsieur, ou Madame

* **Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire ;**
* **Autorise le responsable du Rugby Club Yvetotais :**
	+ **à demander l’admission en établissement de soins ;**
	+ **à reprendre l’enfant à sa sortie uniquement en cas d’indisponibilité absolue des parents**

Fait à………………………………………………………………….. Le : ……………………………………………………………….

**FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS L’ETABLISSEMENT DE SOINS**

Fiche toujours valide le : signature

Fiche toujours valide le : signature

Fiche toujours valide le : signature

Fiche toujours valide le : signature