



Autorisation et décharge de responsabilité

Identité du joueur:

Nom:..... Prénom.....

Né le : à

Demeurant au

N° de licence FFR.....

N° de SS

Nom de la Mutuelle.....

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, la Section Paloise fera appel:

- Soit au médecin du club
- Soit au Samu ou Pompier

Personne à contacter en cas d'urgence:

Nom.....Prénom.....

Téléphone personnel:.....

Téléphone professionnel.....

Je soussigné(e).....

Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire, autorise le responsable du club:

- à demander l'admission en établissement de soins
- À reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du tuteur légal.

Fait le à

Faire précéder de la mention « lu et approuvé, bon pour autorisation et décharge de responsabilité »

Signature

