

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné(e) (NOM, prénom, qualité)

en cas d'accident de (NOM, prénom du licencié)

autorise par la présente le CBON :

- pour tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le Responsable de l'association / Membres du bureau ou les accompagnants :
 - à prendre toutes les mesures utiles 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

Fait à :

Signature

Le :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Autre personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____