

# AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Pour la période du 01/09/2009 au 30/08/2010

**Je soussigné(e)** (nom, prénom et qualité) :

.....

**en cas d'accident de** : (nom et prénom du licencié) :

.....

**autorise** par la présente tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire au licencié.

**J'autorise** également le responsable de mon enfant, membre du BSC Athlétisme, à prendre toute mesure utile, et notamment à demander son admission en établissement de soins, si besoin, et à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

## Coordonnées des personnes à joindre en cas d'accident :

**Nom** : ..... **Prénom** : ..... **Qualité** : .....

**Tél. Fixe** : ..... **Tél. portable** : .....

**Nom** : ..... **Prénom** : ..... **Qualité** : .....

**Tél. Fixe** : ..... **Tél. portable** : .....

Merci de nous indiquer si votre enfant a des problèmes de santé particuliers (allergies, .....):

.....

.....

.....

**Par ailleurs, je reconnais que je dois m'assurer de la présence d'un responsable du Club lorsque je laisse mon enfant sur un lieu d'entraînement, et que je dois récupérer mon enfant près des tribunes après l'entraînement ou auprès d'un responsable lors d'une compétition.**

Fait à ....., le .... / .... / .....

**Signature** : .....