



Autorisation de soins en cas d'accident survenant à un licencié mineur
FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT DE SOINS

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
N° de Sécurité Sociale :
Caisse et centre d'affiliation
N° de Mutuelle
Contre-indications médicales :

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'Ecole de Rugby fera appel au médecin, à votre Médecin Traitant, ou au SAMU (tel. 15)

Personnes à contacter en cas d'accident :

Représentant légal, père, mère :
Tel. :

Autres personnes à contacter en cas d'accident :

Voisin, ami ou famille :
Tel. :

Médecin traitant : Tel. :
Adresse :

Je soussigné Nom : Prénom :

Père – Mère – Tuteur (1) de l'enfant :

Nom : Prénom :

Autorise par la présente :

- tout examen, soins ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
- le responsable du Club, du Comité ou de la FFR :
- à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins.
- à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'impossibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

(1) Rayer la mention inutile

Autorisation de diffusion de photographies de l'enfant mineur

Je soussigné Nom : Prénom :
représentant légal de l'enfant Nom : Prénom :
licencié à l'école du CAP rugby

Autorise, en application de l'article 9 du code civil, l'association ci-dessus désignée à diffuser des photographies de mon enfant dans le cadre des activités rugbyistiques proposées par l'école de rugby du CAP pour la saison 2014/2015, en dehors de toute exploitation commerciale

N' autorise pas, en application de l'article 9 du code civil, l'association ci-dessus désignée à diffuser des photographies de mon enfant dans le cadre des activités rugbyistiques proposées par l'école de rugby du CAP pour la saison 2014/2015, en dehors de toute exploitation commerciale

➤ **Cocher la mention choisie**

Date : ___ / ___ / 2014

Signature du représentant légal: