Autorisation de soins en cas d'accident

Je soussigné(e) ..... *(NOM, prénom, représentant légal)*

En cas d'accident concernant : ..... .*(NOM, prénom, joueur)*
Né(e) le ...../...../.....
Autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de l'association ou son représentant présent sur place 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

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM : ..... Prénom :..... Qualité :.....
Téléphone portable : Téléphone fixe :

Coordonnées du médecin traitant :
NOM : ..... Prénom :..... Téléphone :

Informations médicales pouvant être communiquées: (contre-indications, traitements, antécédents, allergies ...)
.. ..
.. ..
.. ..

Signature du responsable légal :

Autorisation de transport et déplacement pour joueur mineur

Je soussigné ..... *(NOM, prénom, Représentant légal)*
Autorise le club SAUMUR RUGBY à transporter.....*(NOM, prénom, joueur)*
né(e) le ...../...../.....
dans le cadre des déplacements sportifs de Saumur Rugby, en transport en commun, véhicule du club ou véhicule personnel d'un éducateur, dirigeant, bénévole de l'association.

Signature du responsable légal :