



## USM MONTARGIS RUGBY

CENTRE NELSON MANDELA  
AVENUE CHAUTEUPS  
45200 MONTARGIS

Tél : 02 38 97 61 64 Email : [contact@montargisrugby.fr](mailto:contact@montargisrugby.fr)

# SAISON 2011 / 2012

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIÉ MINEUR  
Entraînements-Compétitions-Stages et Sélections (Département - Région)

**FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS L'ETABLISSEMENT DE SOINS**

Je soussigné (NOM, prénom, qualité) : .....

En cas d'accident de (NOM, prénom du licencié Mineur) : .....

Date de Naissance : ...../...../..... et lieu de naissance : .....

Numéro de sécurité Sociale : .....

Numéro de Mutuelle : .....

Adresse : ..... Code Postal : .....

**En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable présent fera appel aux services d'urgence POMPIERS ou SAMU, et vous préviendra le plus rapidement possible.**

**Pour cela, veuillez nous préciser les renseignements suivant :**

Père : Port. .... Fixe.....

Mère: Port. .... Fixe.....

Autre (NOM, prénom, qualité) : .....

Et j'Autorise par la présente :

Tout examen , soin ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire

Le responsable de l'association, 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'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Date : ..... Signature : .....

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

(\*) N'oubliez pas que les renseignements demandés ne sont pas fait pour vous ennuyer mais dans le souci du bien de votre enfant. Une adresse ou un numéro erroné nous empêchera de vous contacter en toutes circonstances.

Pensez donc à maintenir ces informations à jour tout au long de la saison.

(\*\*) Fiche indispensable pour toute admission dans un établissement de soins

**Coordonnées du médecin traitant :**

NOM et Prénom : .....

Téléphone : .....

Contre indication (en cas d'allergie) : .....

**Autres remarques :** .....