



RUCby

Maison de la Vie Associative 122 Bis Rue du Barbâtre

N° MVA - 214-68 51100 REIMS

<http://rucby.com> - rucby51@gmail.com

Reims Université Club Rugby

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigne (NOM, prénom, qualité),

En cas d'accident de (NOM et Prénom **du licencié(e)**)

Numéro de sécurité sociale du licencié(e)

Autorise par la présente :

- tout examen 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
 - reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

NOM	PRENOM	QUALITE	PORTABLE	FIXE

Nom du médecin traitant et adresse :

Son téléphone :

Antécédents médicaux :

A signaler (allergies, autres) :

Fait à _____ le _____
Signature (Père / Mère / Représentant légal)

IMPORTANT : cette fiche **complétée et signée** sera remise avec la licence de l'enfant.