



AUTORISATION DE SOINS

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Nom et Adresse des Parents ou du représentant légal :

Adresse :

En cas d'accident, le FCMB s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapide.

1- N° portable du père : de la mère :

2- Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement.

En cas d'urgence, un licencié accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un licencié mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de sa famille. Ainsi j'autorise :

- le Club FCMB (entraîneurs ou dirigeants) à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence,
- le transport de mon enfant avec leurs véhicules

Fait à

Le

Signature du représentant légal

RENSEIGNEMENTS

(Indispensables en cas d'hospitalisation ou accident)

N° de Sécurité Sociale :

Votre enfant a-t-il des allergies : OUI - NON, si oui, lesquelles :

Votre enfant a-t-il une contre-indication médicale : OUI - NON, si oui, lesquelles :