

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT POUR LES MINEURS CLUB

(Document indispensable à confier à l'accompagnateur du club)

Je soussigné (nom, prénom) : _____

Père, mère ou tuteur (1) de l'enfant : (nom, prénom) _____

Licencié dans le Club d'Échecs de : _____

Dont l'Accompagnateur désigné par le Président du club pour le championnat du Nord Jeunes, est M.,
Mme, (1) _____

Autorise :

Si l'état de santé de mon enfant le nécessite ou en cas d'accident

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire ;
- Le Responsable de l'association, le Responsable du Comité Départemental du Nord d'Échecs ou l'Accompagnateur désigné par le Président pour le championnat du Nord Jeunes :
 - A prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins ;
 - A transporter l'enfant à sa sortie de l'hôpital, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur ;

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIAL COUVRANT L'ENFANT : _____

NOM DE L'ASSURÉ SOCIAL TITULAIRE DE CE NUMÉRO : _____

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À JOINDRE DANS LES MEILLEURS DÉLAIS EN CAS
D'ACCIDENT

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Fait à _____ Date _____

Signature des parents ou du représentant légal

(Précédés de la mention « lu et approuvé »)

(1) Rayer la mention inutile