



FEDERATION FRANCAISE DE RUGBY

Comité Midi Pyrénées de Rugby



AUTORISATION PARENTALE AUTORISATION DE SOINS

Joueur mineur : Nom.....Prénom Club

Date de naissance Lieu de naissance

Adresse :

Mère ou tutrice : autorise mon fils

.....

Père ou tuteur : autorise mon fils

.....

à participer aux stages de détection organisés par le Comité Départemental de Rugby de l'Aveyron pour la saison 2009/2010.

AUTORISATION de SOINS en cas d'ACCIDENT ou de MALADIE

En cas d'accident ou de maladie et en fonction des soins nécessaires, nous donnons procuration aux responsables de l'encadrement du groupe désignés par le Président du Comité Départemental pour prendre sur avis médical, toutes mesures pour faire soigner notre enfant blessé ou malade, tant médicalement que chirurgicalement, y compris l'hospitalisation si nécessaire. De même, nous autorisons sur avis médical, les établissements de soins (Hôpitaux publics ou cliniques privées) à restituer notre enfant aux responsables désignés ci-dessus pour son rapatriement.

Le Président du Comité Départemental de Rugby de L'AVEYRON
G.FOURQUET

(Date , nom et signature du père ou tuteur)
(Précédés de la mention Lu et approuvé)

(Date , nom et signature de la mère ou tutrice)
(Précédés de la mention Lu et approuvé)

Nom du médecin traitant :N° de téléphone :

.....

Etablissement de soins choisi : HOPITAL CLINIQUE (rayer la mention)

(celui-ci sera respecté dans la mesure de son existence à proximité du site et de sa compatibilité avec l'état de l'enfant)

N° de Sécurité sociale (en cas d'hospitalisation) :

.....

Assurance complémentaire : Nom et N° d'affiliation :

.....

(Ces informations resteront confidentielles)

.....

N° de Téléphones des parents:

.....

N° de téléphone de voisins ou amis ou famille :

.....



E mail : cd-rugby.aveyron@wanadoo.fr