

Signature du responsable de l'enfant

## SKI CLUB SAUSHEIM



## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (nom, prénom, qualité) :\_\_\_\_\_\_

En cas d'accident de (nom, prénom) :\_\_\_\_\_

Autoria a man la muí a auto
Autorise par la présente,
Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
<ul> <li>Les responsables du ski club Sausheim :         <ul> <li>A prendre toutes mesures utile et notamment à demander son admission en établissement de soins</li> <li>A reprendre l'enfant à la sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou de représentant légal du mineur.</li> </ul> </li> </ul>
Informations complémentaires
Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident
Nom Prénom :
Téléphone portable :
Téléphone fixe :
Coordonnées du Médecin traitant
Nom et prénom :
Adresse :
Téléphone :
Fait leaà

Saison 2024