



## ANTONY METRO 92

Parc départemental des sports de la Grenouillère  
148 Av. Général de Gaulle  
92160 ANTONY

[www.antonymetro92.fr](http://www.antonymetro92.fr)

[f](#) [t](#) antonyrugby92

[contact@antonymetro92.fr](mailto:contact@antonymetro92.fr)

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

**Merci de bien vouloir nous retourner ce document dûment rempli et signé (2 pages)**

Je soussigné (Nom, prénom, qualité)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité (lien \_\_\_\_\_)

En cas d'accident de (Nom et prénom du licencié)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de l'association, de la ligue ou de la FFR :
- à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
- à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à :

Le :

\_\_\_\_\_  
Signature, nom et prénom



## ANTONY METRO 92

Parc départemental des sports de la Grenouillère  
148 Av. Général de Gaulle  
92160 ANTONY

[www.antonymetro92.fr](http://www.antonymetro92.fr)

[f](#) [t](#) antonyrugby92

[contact@antonymetro92.fr](mailto:contact@antonymetro92.fr)

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

### Personnes à joindre en cas d'accident :

 **Contact 1** : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

fixe si possible : \_\_\_\_\_

 **Contact 2** : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

fixe si possible : \_\_\_\_\_

 **Médecin traitant** : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

