



Section Paloise Rugby

Stade du Hameau Boulevard de l'aviation – 64000 PAU

Tél : 05.59.02.47.74

Courriel : secretariat.sectionpaloiseasso@orange.fr

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIÉ MINEUR (SAISON 2024 - 2025)

Nom du joueur : Prénom.....
Date de naissance : à
Adresse :
CP : Commune :
Email :@.....

Numéro Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fournir une copie de la carte VITALE

Groupe sanguin : Allergie(s)/régime alimentaire :

IRM : à partir de 16 ans pour les joueurs de première LIGNE oui non Date : . . / . . . / 20 .

ELECTROCARDIOGRAMME : à partir de 12 ans renouvelable tous les 3 ans.
 oui non Date : . . / . . / 20 . .

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le Responsable fera appel soit au SAMU, soit aux Pompiers et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci de renseigner les numéros de téléphone où vous pouvez être joints rapidement :

Père : Portable perso Domicile : Autres tel (précisez) :
Mère : Portable perso Domicile : Autres tel (précisez) :
Autre personne : Portable perso Domicile : Autres tel (précisez) :

Numéro de téléphone du médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Etablissement de soins choisis :

HOPITAL :

CLINIQUE :

Je soussigné : **Monsieur**
Madame

Autorise : tout examen, soins, interventions chirurgicales nécessaires

Autorise le responsable de club :

- A demander l'admission en établissement de soins
- A reprendre l'enfant à sa sortie de l'établissement de soins uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Nota : Le club de la SECTION PALOISE RUGBY se dégage de toute responsabilité en cas d'accident au cas où le joueur n'aurait pas fourni l'IRM et l'électrocardiogramme.

Fait à Pau, le . . / . . / 202 .

Signatures du Père, de la mère ou du Responsable légal