

## 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, du Responsable du Comité Départemental du Nord d'Echecs 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 prendre 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'ASSURE SOCIAL TITULAIRE DE CE NUMÉRO : \_\_\_\_\_

COORDONNÉES DE LA PERSONNE A JOINDRE DANS LES MEILLEURS DELAIS 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