

**AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT**

Je soussigné (Nom, Prénom, Qualité),

En cas d'accident de (Nom, Prénom du licencié)

autorise par la présente

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
- aux responsables ou éducateurs du VCLL
  - à prendre toutes les 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:

Signature :

Le :

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin traitant:

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_

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

Tel: \_\_\_\_\_