



Cercle Sportif Grésivaudan Belledonne

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE SAISON 2018/2019

Identité du joueur :

Nom – Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, l'école de rugby fera appel :

- soit à votre Médecin traitant
- soit au SAMU ou aux pompiers

Il est donc indispensable que nous puissions connaître vos coordonnées téléphoniques familiales et professionnelles.

Allergies connues ou problèmes médicaux:

- oui
 non

Si oui, lesquelles :

Personne à contacter en cas d'urgence :

- Père Nom – Prénom :
 Mère
 Tuteur / Tutrice

Téléphone domicile : Portable : Pro : Poste :

Autre personne susceptible de vous joindre rapidement :

Nom - Prénom :

Téléphone domicile : Portable : Pro : Poste :

Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Adresse :

Je soussigné : Nom/Prénom :

Qualité :

- Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaires
- Autorise le responsable de l'école de rugby :
 - à demander l'admission en établissement de soins,
 - à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents

Fait à :

Le :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé, bon pour autorisation et décharge de responsabilité »)

Maison du Rugby : 1 Allée des Géraniums – 38190 VILLARD BONNOT Courrier : BP 165 - 38191 Brignoud CEDEX
Tél. 04 76 71 62 95 – Fax 04 76 13 37 75 – Site internet : www.csgb.fr