



Comité Départemental de Rugby des
Deux-Sèvres

Maison des sports, 28 rue de la
Blauderie, 79000 Niort

cd79.rugby@gmail.com



Comité Départemental de Rugby de la
Vienne

6 allée Jean Monnet

86000 Poitiers

cdrugby86@gmail.com



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, Prénom du /des responsable(s) légal(aux) :

Responsable N°1

Responsable N° 2

Nom : _____ Nom : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Téléphone portable :

Tél fixe :

Autorise mon enfant à participer aux activités du CD79 & CD86 Rugby

NOM, Prénom du/la/licencié(e) : _____ N° de Licence FFR : _____

En cas d'accident ou de nécessité de soins, j'autorise par la présente :

- Tout transport, en ambulance ou véhicule de secours, vers le lieu de soins le plus approprié ;
- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire ;
- Le Responsable de l'association, du Comité 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 responsable légal du mineur.

Pour la durée de la saison rugbystique 2023/2024

Fait à : _____

Signature du (des) Responsable(s) légal(aux) :

Parent N°1

Parent N° 2

Dany Fournier
Président du CD79

Jacques Gamper
Président du C.D.86