



CHAMPIONNAT DE LIGUE JEUNES 2024-2025
AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT POUR LES MINEURS

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 de Ligue Jeunes, est M. , Mme, (1)
.....

Autorise:

Si l'état de santé de mon enfant le nécessite ou en cas d'accident, j'autorise

- Le Responsable de l'association, le Responsable de la Ligue HDF des Echecs ou l'Accompagnateur désigné par le Président du club pour le Championnat de Ligue Jeunes et de la saison en cours;
- A prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins ;
- A accompagner et transporter l'enfant à sa sortie d'hôpital, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur ;

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES

NUMERO DE SECURITE SOCIAL COUVRANT L'ENFANT : _____

NOM DE L'ASSURE SOCIAL TITULAIRE DE CE NUMERO :

COORDONNEES DE LA PERSONNE A JOINDRE DANS LES MEILLEURS DELAIS EN CAS D'ACCIDENT

Nom :

Prénom :

Téléphone (portable et fixe si possible) : et

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Docteur :

Adresse : Téléphone :

Fait à Date :

Signature des parents ou du représentant légal (Précédés de la mention « lu et approuvé »)

(1) *Rayer la mention inutile*

Document indispensable à transmettre à

Cédric LEROY, [Président de Ligue](#)
Philippe BLOT [Responsable Jeunes Ligue HDF](#)

