



## CHAMPIONNAT DE LIGUE JEUNES 2022

### 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'Echecs 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, du Responsable de la Ligue HDF des Echecs ou l'Accompagnateur désigné par le Président 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

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

**Document indispensable à transmettre à Michel BARBAUT [Responsable des Jeunes Ligue HDF](#)  
ET à Philippe BLOT, [Président de Ligue](#)**