



PHASE INTERDÉPARTEMENTALE DU CHAMPIONNAT DE FRANCE JEUNES 2025-2026
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 la phase Interdépartementale du Championnat de France 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 la phase Interdépartementale du Championnat de France 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 COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES

NUMERO DE SECURITE SOCIAL COUVRANT L'ENFANT : -----

NOM DE L'ASSURÉ SOCIAL TITULAIRE DE CE NUMÉRO :

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À JOINDRE DANS LES MEILLEURS DÉLAIS 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](#)