



## AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX SAISON

Je soussigné(e) (Nom/Prénom) :

Représentant légal de (Nom/Prénom)

né(e) le

Demeurant (adresse) :

Autorise, l'association Rambouillet Sports – Section Gymnastique Rythmique, à :

- Faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident,
- Faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, SAMU, etc...),
- Faire hospitaliser en cas d'urgence,
- Faire soigner dès que son état physique le nécessite,
- Transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiquées toute hospitalisation, intervention chirurgicale y compris une anesthésie.

Je m'engage à rembourser à RSGR l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

### En mon absence, personne à prévenir un cas d'urgence :

	NOM	LIEN DE PARENTE	FIXE	PORTABLE
1				
2				

### OBSERVATIONS PARTICULIERES :

(traitement en cours, précautions à prendre, allergies, médicaments non autorisés...)

Fait à

, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :