



# AUTORISATIONS D' HOSPITALISATION FCPCB

Football Club La Poueze-St Clément-Brain/L

Je soussigné, Monsieur et/ou Madame : .....

Adresse : .....

C.P : ..... VILLE : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email des parents 1 : .....@.....

Email des parents 2 : .....@.....

**autorise le club du FCPCB, représenté par ses éducateurs/éducatrices et ses dirigeant(e)s, à prendre toutes les dispositions nécessaires pour mon fils/ma fille....., s'il survient un accident lors de des entrainements, des matchs, des plateaux, ou à l'occasion des déplacements de son équipe et si la situation nécessite : des soins, des examens, des investigations, une anesthésie, une hospitalisation voire une opération dans les plus brefs délais.**

**En cas d'absence (éloignement de la famille), nous autorisons également les dirigeant(e)s ou les éducateurs/éducatrices du club du FCPCB à faire le nécessaire pour que notre fils/fille puisse sortir librement de l'hôpital ou de la clinique après observation ou examens médicaux.**

Allergies du joueur/joueuse (si connues) : .....

Groupe sanguin du joueur/joueuse (si connu) : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom et adresse de votre mutuelle :  
**(1)**.....  
.....

Numéro de sociétaire/ou adhérent : .....

PREVENIR AUSSITOT M. OU MADAME (si différent des parents ci-dessus)

.....

Téléphone : ..... Domicile : .....

Portable : ..... Travail : .....

Fait à ..... Le.....

Signature des parents (père et/ou mère)/tuteur légal, précédée de la mention « lu et approuvé » (ou la cocher)

"Lu et approuvé"

(1) Indiquer si vous bénéficiez de la CMU