



Siège social : Chalet de la Sarra  
Place du 158° RI  
69005 LYON  
SIREN/SIRET 491576856000018  
Affiliation FFC n° 2469104  
Agrément jeunesse et sports n° 6997978

## ÉCOLE de VTT – LYON VTT

### Autorisation de soins en cas d'accident ou de maladie.

**Enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, l'encadrant de l'école de VTT fera appel :**

- Soit à votre médecin traitant
- Soit au SAMU (tel : 15)

Et vous préviendra le plus rapidement possible.

**Pour cela merci de préciser les renseignements suivants :**

- Numéros de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

Père : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Mère : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Tiers : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Médecin traitant : docteur

Tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Etablissement de soins choisi\* :

- HOPITAL
- CLINIQUE

\* Ce choix sera bien sur respecté dans le mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de l'enfant.

**Je soussigné :**

Madame :

Monsieur :

Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire.

Autorise l'encadrant de l'école de VTT ou un responsable de Lyon VTT :

- A demander l'admission en établissement de soins.
- A reprendre mon enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité des parents.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Signature du père, de la mère ou du responsable légal.**