Contact école Lyon VTT : Raphaël PIREDDA
Tél : 06 89 01 36 35
raphpirreda@hotmail.com

Siège social : Chalet de la Sarra
Place du 158] RI
69005 LYON
SIREN/SIRET 491576856000018
Affiliation FFC n° 4169104
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 : ___/___/___/___/___/ Mére :___/___/___/___/___/
  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.**