



# AUTORISATION DE SOINS DANSE COMPÉTITION



**Validité de 1an**

**DOCUMENT à JOINDRE AVEC TOUS DOSSIERS**

POUR TOUS LES MINEURS

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (nom, prénom, qualité) :

en cas d'accident de (nom, prénom du compétiteur) :

Danseur / Danseuse de l'Association de Danse Sportive de Tarentaise:

autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
- Le représentant légal de l'Association de Danse Sportive de Tarentaise lors des compétitions se déroulant en France comme à l'étranger :
  - à prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins,
  - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

## **Informations Complémentaires Allergie, Traitements ou Pathologie :**

### **Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident**

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone (portable et fixe si possible) : .....

### **Coordonnées du Médecin traitant :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Date et signature du représentant légal :**

1 exemplaire compétiteur, compétitrice  
1 exemplaire Association  
1 exemplaire Dossier