

ATTESTATION DE DECHARGE PARENTALE



Je soussigné(e)....., père, mère, tuteur(*) autorise le responsable de l'équipede l'ASPTT LIMOGES section hockey sur glace, à faire pratiquer sur la personne de , mon enfant, toute intervention chirurgicale, anesthésie ou soins médicaux qui, en cas d'urgence, apparaîtraient nécessaires au cours de la saison 2017/2018, et à prendre toute décision en cas d'indiscipline (ex : retour aux domicile au frais des parents).

Nom-Prénom du joueur :

Date de naissance :/...../.....

Adresse des parents :
.....

Numéro de sécurité sociale (**):

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

Groupe sanguin :

Traitement médical particulier :
.....

Allergie(s) ou contre-indications :
.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom-Prénom :

Adresse :

☎ Domicile :

☎ Bureau :

☎ :

@ :

Signature du responsable légal (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

(*) rayer la mention inutile (**) Joindre la copie de l'attestation de la carte vitale et de la mutuelle