

## ATTESTATION DE DECHARGE PARENTALE



Je soussigné(e) .....,  
père, mère, tuteur(\*) autorise le responsable de l'équipe ..... de  
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 2018/2019, 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 : .....

] Mobile : .....

@ : .....

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