



NORD-EST
FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE HOCKEY SUR GLACE

ATTESTATION DE DECHARGE PARENTALE

Je soussigné(e),, Père, Mère, Tuteur (*) autorise le responsable de la journée féminine U11/U13 du 21 décembre 2015 à faire pratiquer sur la personne de mon enfant toute intervention chirurgicale, anesthésie ou soins médicaux qui, en cas d'urgence, apparaîtraient nécessaires, et à prendre toute décision en cas d'indiscipline (ex : retour au domicile aux 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 :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom-prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. bureau :

Tél. portable :

E-mail :

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