



**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 »)