****** JOURNEE FEMININE U9-U11

LIGUE NORMANDIE DE HOCKEY SU GLACE

Dimanche 4 Mars 2018

**DECHARGE PARENTALE**

Je soussigné(e)...................…, Père, Mère, Tuteur autorise le responsable de la Journée Féminine U9-U11 à faire pratiquer sur la personne de mon enfant ………………………………………. toute intervention chirurgicale, anesthésie ou soins médicaux qui, en cas d’urgence, apparaissent nécessaires au cours de l’action citée, 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° d’adhérent : …………………

Groupe sanguin : ………………………………………………………………………………………………

Traitement médical particulier/ Allergie : ………………………………………………………….

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’URGENCE :**

Nom – Prénom : ……………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………

Tél. : Domicile ……………………………….. Tél. : Bureau…………………………………………….

Tél. : Portable : …………………………………………..

E-mail : …………………………………………………………..

Signature du responsable légal

(Précédé de la mention « Lu et approuvé »)

Siège social : 733 Rue aux Juifs 76230 QUINCAMPOIX

SIRET 50313775400019 Code APE9312