



Autorisation parentale

Je soussigné NOM

Prénom

N° Sécurité Sociale :

(Fournir Photocopie Attestation si possible)

Nom et N° adhésion Mutuelle :

(Fournir Photocopie Attestation si possible)

Autorise mon enfant

NOM:

Prénom

ADRESSE

CODE

Ville

Adresse email:

Né(e) le :

A participer avec Hockey Garonne Sport:

A la saison sportive 2019/2020.

J'autorise l'encadrement à faire hospitaliser et à prendre en charge mon enfant s'il le juge nécessaire.

J'autorise les médecins à prendre toutes mesures d'urgences nécessitées par son état de santé.

Numéros de téléphones :

Pro:

Dom:

GSM:

Autre:

Fait à

, le

2019

Signature