**AUTORISATION PARENTALE Saison sportive 2020 - 2021**

###### CONFIDENTIEL

Nom du joueur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Né(e) le :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent 1, Parent 2 ou Tuteur légal : Je soussigné : parent 1, parent 2 ou tuteur légal (rayer les mentions inutiles) autorise l’enfant désigné ci-dessus à pratiquer le hockey (hockey sur gazon et hockey en salle) au sein du Club Iris Hockey Lambersart. J’autorise, sur la période allant du 05/07/2020 au 06/07/2021, M. Laurent Frappart, Président de l’Iris Hockey Lambersart ou ses délégués responsables (noms des entraîneurs, managers et coaches) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_à prendre toute décision concernant les soins d’urgence : le transfert à l’hôpital par un service d’urgence (Pompiers, SAMU), l’hospitalisation, la pratique de toutes interventions chirurgicales qui s’avèreraient urgentes, sur avis médical et après avoir contacté le représentant légal du joueur concerné ou avoir tenté de le faire vainement ; lors des activités organisées par le Club.

Personnes à prévenir en cas d’accident : Nom, Prénom, lien familial, numéro de téléphone :

1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JOUEUR (FACULTATIF)**

Numéro de sécurité sociale (ou du représentant légal)

Mutuelle : Numéro :

Groupe sanguin : Date du dernier rappel antitétanique :

Souffrez-vous de : (si oui : Traitement actuel et/ou Traitement d’urgence)

Enurésie : non oui

Tétanie : non oui

Asthme : non oui

Hémophilie : non oui

Epilepsie : non oui

Diabète : non oui

Autres :

Allergies ou intolérances : (lesquelles et traitement d’urgence)

Alimentaires :

Médicamenteuses :

Pollen, abeilles :

Iode :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Je déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis et m’engage à signaler toutes modifications concernant son état de santé.

Fait à le :

SIGNATURE