

**AUTORISATION PARENTALE****CONFIDENTIEL****Saison sportive 2020 - 2021**

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