

DECHARGE

Je soussigné(e),
responsable(s) de la catégorie

Père, Mère, Tuteur (*) autorise le/les
du Epinal Hockey Club, à faire pratiquer sur :

*Moi-même :

*Sur la personne de mon enfant :

Toute intervention, anesthésie ou soins médicaux qui, en cas d'urgence, apparaîtraient nécessaires, au cours des différents matchs (championnat, amicaux, tournois) organisés lors de la saison sportive 2018/2019.

Nom et prénom de la personne à prévenir :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél : domicile – bureau – portable*

N° sécurité sociale de l'assuré(e), ou de la personne qui assure l'enfant* :

Caisse de sécurité sociale :

Mutuelle :

N°adhérent :

Nom, prénom et tél. médecin traitant :

Observations utiles : allergies, contre-indications médicales/chirurgicales, autres*

Merci de vous munir, obligatoirement lors des déplacements :

De votre carte vitale mise à jour, ou de l'attestation.

De votre carte vitale européenne mise à jour (obligatoire lors de déplacements hors territoire) ou de l'attestation.

De votre carte de mutuelle en cours de validité ou d'une photocopie recto/verso de cette dernière.

De votre carte d'identité.

*** rayer les mentions inutiles**

Le

Signature du/de la licencié(e) ou du/de la responsable légal(e).