



**ANGLET HORMADI AMATEUR**

**Saison 2015-2016**

**AUTORISATION D'OPERER**

*(à remplir par les parents ou responsables légaux d'enfants mineurs)*

Je soussigné ..... ,  
autorise mon enfant .....  
à pratiquer le hockey sur glace en compétition et, le cas échéant, autorise son  
surclassement dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à la sienne.

J'autorise l'entraîneur ou le responsable d'équipe de mon enfant,  
M..... à faire pratiquer sur sa personne tous les examens  
complémentaires et/ou interventions chirurgicales que son état de santé pourrait  
justifier dans le cadre de l'urgence, à le faire transporter dans le Centre Hospitalier  
ou la Clinique les plus proches si besoin, ainsi qu'à le prendre en charge pour sa  
sortie de l'établissement le cas échéant. Cette autorisation est valable au sein du  
Club, pour les différents déplacements en France, ainsi qu'à l'étranger.

Je certifie exacts tous les renseignements portés sur ce document et reconnais avoir  
été informé du fait que ces renseignements feront l'objet d'un traitement informatisé  
relevant de l'article 15 de la loi de Janvier 1978 sous réserve de l'avis de la C.N.I.L.

Ces informations pourront faire l'objet de cession. Toutes les informations sont  
données à titre obligatoire pour la délivrance des licences, un droit d'accès et de  
rectification étant ouvert auprès de la Fédération Française de Hockey sur Glace –  
36 bis Rue Roger Salengro – 92 130 Issy-les-Moulineaux.

Fait à ....., le ..... 2015

Signature du représentant légal

.....