



**AUTORISATION D'HOSPITALISATION
POUR MOINS DE 18 ANS
Saison 2018-2019**

Tous les champs avec () sont obligatoires.*

Renseignements concernant le (la) licencié (e) :

Nom (*) : Prénom (*) :

Date naissance JJ/MM/AAAA (*) : Groupe Sanguin (*) : Rhésus (*) :

Allergies (*) :

Adresse (*) :

Commune (*) :

Code postal (*) : Ville (*) :

Téléphone(s) : Domicile : Mobile (*) : Travail :

Médecin traitant :

Nom du médecin (*) :

Téléphone (*) :

Je soussigné(e) (*), responsable légal du (de la) licencié (e),
autorise l'A.S. Querquevillaise Handball à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de blessure ou
d'hospitalisation.

Date JJ/MM/AAAA (*)

Signature des parents

ou du représentant légal (*)