



FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE - PARENTALE

INFORMATION DU JOUEUR	
Nom :	Prénom :
DDN :	
# membre ID :	Club :
AUTORISATION PARENTALE	
Je _____ autorise le joueur/joueuse, de catégorie _____ à s'affilier avec l'équipe _____ de catégorie d'âge _____ .	
_____	_____
Signature obligatoire du parent	Date
AUTORISATION MÉDICALE	
_____	<i>Estampe du médecin</i>
Nom du médecin	
Vous pouvez également joindre un billet du médecin. L'autorisation est donnée au joueur / joueuse de catégorie d'âge _____ de s'affilier avec l'équipe de catégorie d'âge _____ .	
_____	_____
Signature du médecin	Date
Votre signature décharge Dek Hockey Mont-Laurier de la responsabilité de votre enfant mineur jouant avec les adultes. Une signature d'un médecin est demandée pour approuver que votre enfant a les capacités physiques pour jouer avec des adultes.	