



# HOCKEY CLUB CHALONNAIS

Affilié à la Fédération Française de Hockey sur Glace

M. Thierry DUTAT / Président du H.C.C.

<http://www.hockeyclubchalons.fr/>

Téléphone 06.24.05.23.58

Siret : 450 618 087 00024 APE 9312Z

## **Renseignements sur la personne effectuant les essais :**

Nom : ..... Prénom .....

Né (e)le : ..... à : .....

Adresse .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : ..... e-mail (important) : .....

### **Souhaite faire 5 séances d'essai :**

*Je suis informé(e) que pour ces séances d'essai, je ne suis pas assuré(e), ni garanti(e) par la Fédération Française de Hockey sur Glace ni par Le Hockey Club Châlonnais.*

*Je déclare, sur l'honneur être couvert(e) par une assurance de responsabilité civile, scolaire et extrascolaire et dégage de toutes responsabilités, le Hockey Club Châlonnais en cas d'accident, incident, dégât matériel et toute sorte d'événement de ce genre en me mettant en cause directe ou indirecte.*

*Je m'engage à me conformer aux statuts et règlement intérieur du H.C.C.*

### **AUTORISATION PARENTALE (si mineur)**

Je soussigné(e) : ..... père, mère, tuteur

Atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et autorise mon enfant .....

*à pratiquer 5 séances d'essai au HCC, et donne pouvoir aux responsables pour prendre, en mon nom, toute décision qu'ils jugeront utiles et autorise le HCC à faire hospitaliser mon enfant au :*

*Centre hospitalier de CHALONS EN CHAMPAGNE*

*Ou tout autre service hospitalier le plus proche*

*En cas d'urgence, prévenir M ou Mme ..... tel : .....*

*A Châlons en Champagne le : .....*

*Signature du représentant légal :*

*(Précédée de la mention « lu et approuvé »)*