

Club Hiversport Luxembourg
Patinage Artistique
c/o Päivi AIKALA
241, Val des Bons Malades
L- 2121 Luxembourg



R.C.S. Luxembourg F5319
Skating.luxembourg@gmail.com
BCEELULL LU13 0019 3555 9689 2000

AUTORISATION PARENTALE SAISON 2017/2018

Je, soussigné : _____

reconnais que la pratique du patinage comporte des risques d'accidents et de blessures. Je reconnais également que les patineurs peuvent être blessés par la perte de contrôle d'un autre usager.

J'accepte ces faits et décharge de toute responsabilité à cet égard le Club Hiversport-Patinage Luxembourg et ses partenaires, représentants et dirigeants ainsi que la Ville de Luxembourg.

Je reconnais que mon enfant doit avoir les habiletés et les capacités physiques et intellectuelles nécessaires pour pratiquer de façon sécuritaire cette activité sportive exigeante.

En cas d'accident, j'AUTORISE le représentant du Club à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires en cas d'urgence, concernant mon enfant (nom et prénom) :

Numéro de matricule :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

1ère personne :

NOM : _____ Prénom : _____

Téléphones (portable recommandé) : _____

Fait à _____, le _____

Signature (du représentant légal en cas de mineur)