

**Association Bernerienne de Tennis de Table**

16, Rue Georges Clémenceau

44760 LA BERNERIE EN RETZ

Adresse mail : info.asbtt@gmail.com

**Attestation d’hospitalisation**

**Jeunes**

**Saison 2023-2024**

***Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Père, Mère (autre lien de parenté) et représentant légal de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorise l’association l’A.S.B.T.T. à faire procéder à l’hospitalisation de mon fils/ma fille, en cas de besoin, durant les déplacements. Cette hospitalisation pourra être réalisée dans l’établissement public ou privé le plus adapté à la situation.***

 **Date :**

 **Signature :**