

POUR LES MINEURS

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

.....
Agissant en tant que parent (ou tuteur)

autorise la FFTA (et son représentant légal) à pratiquer sur la personne de

.....
tout acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessitera son état. J'accepte toute hospitalisation dans l'hôpital compétant le plus proche.

DROIT A L'IMAGE

Accepte par la présente que les photos sur lesquelles figure l'enfant mineur nommé ci-dessus puissent être utilisées uniquement à des fins non commerciales par les archers de Bompas. Les photos pourront être publiées sur leurs sites.

AUTORISATION DE DEPART

- L'autorise à partir seul dès la fin des cours
- Ne l'autorise pas à partir seul dès la fin des cours.

Fait à Bompas le :

(signature)

* Rayer les mentions inutiles.

www.archers-bompas.fr
FB les Archers de Bompas
archersdebompas@gmail.com

Président 0677997854 Luc 0619907091 Lucile 0610268242

FICHE D'INSCRIPTION

NOM : Nom de naissance.....

PRENOM :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

LIEU DE NAISSANCE DEPARTEMENT.

PORTABLE :

E-mail :

POUR LES MINEURS :

Nom de la personne responsable

Numéro de téléphone

Ecrire en capitale S.V.P. merci.

Date :

Signature de l'adhérent

Signature du représentant
Légal pour les mineurs

Matériel à acquérir rapidement :

9 flèches

1 carquois

1 palette

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club de tir à l'arc de Bompas qui est visible sur le site :archers-bompas.fr

DOCUMENTS A JOINDRE

- ☆ Certificat médical de non contre indication à la pratique du tir à l'arc en compétition
- ☆ Le règlement chèque à l'ordre des archers de Bompas ou espèces