



FORMATION CHASSE A L'ARC

Fiche individuelle de décharge pour le candidat mineur

* Nom et prénom du responsable légal de l'enfant :

NOM, Prénom :

Adresse complète :

☎ : ☎ :

* autorise l'enfant :

NOM, Prénom :

Adresse complète *si différente* :

Date de naissance :/...../.....

* et déclare :

- ★ sur l'honneur, qu'il est parfaitement apte à suivre la formation (théorique et pratique);
- ★ qu'il s'engage à respecter les instructions (horaires, consignes de sécurité) qui seront communiquées.
- ★

EN CAS D'URGENCE, PERSONNE A PREVENIR :

NOM : ☎ :

✓ EN CAS D'URGENCE, JE SOUHAITE UNE PRISE EN CHARGE (COCHEZ VOTRE CHOIX) :

★ Par l'établissement médical le plus proche

★ Ou par l'établissement médical suivant

(préciser le nom et l'adresse) :

✓ ET AUTORISE LES MEDECINS A PRATIQUER TOUTE INTERVENTION ET SOINS D'URGENCE.

Fait à :

Le :/...../2021

Signature du **candidat**
précédée de la mention
« lu et approuvé »

Signature du **responsable légal**
précédée de la mention
« lu et approuvé »