# Annexe 1

**Autorisation parentale**

**Saison 20….**

A remplir par le représentant légal en lettres MAJUSCULES

**Je soussigné (e) père, mère ou tuteur** (1)

Nom : ………………………………………. Prénom : …………………………….……..

Demeurant : ……………………………………………………………………………………

Code Postal : ……………………… Ville : ………………………………………

Tél : ………………………………………………………………………………………………….

Email : …………………………………………………….

Autorise mon fils, ma fille **(1)** ………………………………………………………………………..

Né (e) le ………………………………… A ………..……………………………………………..

A pratiquer le tir à l'arc au sein du club de La Charité, club affilié à la Fédération Française de Tir à l'Arc (FFTA) aux horaires suivants :

Mercredi de 18h à 20h, Vendredi de 19h à 20h30 et Samedi de 10h à 12h (pour les compétiteurs).

Mon fils, ma fille **(1)** est licencié(e) à la FFTA (licence n° ……………..…………) par les soins du club, il ou elle bénéficie de la sorte de l'assurance fédérale. Il ou elle a passé(e) une visite médicale de non contre-indication à la pratique du tir a l'arc en compétition que j'ai transmis au responsable de la Compagnie.

**PHOTO**

**OBLIGATOIRE**

Mon fils, ma fille **(1)** :

□ est autorisé (e) à quitter le club à la fin des cours

□ doit attendre son représentant légal

1. *(rayer les mentions inutiles)*

**Cocher les cases suivantes pour signifier votre accord**

□ **Autorise** les membres du bureau du club de La Charité à transporter dans leur véhicule personnel, mon enfant…………………………………………… Né(e) le ……………………………………,

afin de participer aux manifestations, aux stages ou aux compétitions adaptées à son âge.

□ **Autorise** les membres du bureau du club de La Charité à prendre le cas échéant, toutes les mesures utiles en cas d’urgence.

□ **Autorise** également le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU, etc...) pour que puisse être pratiqué, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale y compris une anesthésie sur mon enfant …..……………….………………………………….…………………

Né (e) le…………………………. A …………………………………………………………………

N° de Sécurité Sociale de l’enfant ou du parent auquel il est rattaché : ………………………………

Je souhaite toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit dirigé vers l’hôpital ou à la clinique de……………………………………………………………………………………..………………..

Si votre enfant est allergique (médicaments ou autres) merci de nous le préciser :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

En cas de problème de civilité, mon enfant reste sous ma responsabilité civile.

Fait à La Charité, le ………………………. Signature du représentant légal