|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Responsables légaux*** *(Obligatoire pour les archers mineurs)* | | | |
| Nom – Prénom : | | | ☐ Père – ☐ Mère – ☐ Tuteur légal |
| Adresse : | | | |
| Code Postal : | Ville : | | |
| Téléphone Fixe : | | Téléphone Mobile : | |
| Adresse Email : | | | |
| ***Si parents séparés, coordonnées de l'autre parent :*** | | | |
| Nom – Prénom : | | | ☐ Père – ☐ Mère – ☐ Tuteur légal |
| Adresse : | | | |
| Code Postal : | Ville : | | |
| Téléphone Fixe : | | Téléphone Mobile : | |
| Adresse Email : | | | |

**Autorisation des responsables légaux**

Je (Nous) soussigné(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Autorise (Autorisons)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom et prénom de l'enfant),

À pratiquer le tir à l’arc et les exercices liés à la pratique de ce sport au sein de La Compagnie d’Arc de Vedène, affiliée à la Fédération Française (F.F.T.A.) sous le n° 13 84 131.

* Mon enfant sera licencié(e) à la F.F.T.A. par les soins de la Compagnie, il (elle) bénéficie donc de l’assurance fédérale et je m’engage à payer la licence et la cotisation club.
* J'atteste sur l’honneur avoir répondu par la négative au questionnaire de santé. Dans le cas contraire, le certificat médical est obligatoire pour la pratique et devra être transmis au club.
* Les horaires et les lieux d’entraînement m’ont été communiqués
* Je note que mon accord sera sollicité pour les déplacements qui pourraient être proposés à mon enfant pour participer à des rencontres ou des compétitions adaptées à son âge.
* Pour les compétiteurs : En application de l’article 7 du décret n° 2011-57 du 13 janvier 2011 relatif aux examens et prélèvements autorisés pour la lutte contre le dopage modifiant l’article R.232-52 du code du sport, J’autorise tout préleveur agréé par l’Agence Française de lutte contre le dopage, dûment mandaté à cet effet, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de cheveux,…) lors d’un contrôle antidopage sur le mineur ci-dessus désigné. L’absence d’autorisation parentale est constitutive d’un refus de se soumettre aux mesures de contrôle et est susceptible d’entraîner des sanctions disciplinaires.

J’autorise le (la) représentant(e) de la Compagnie d’Arc de Vedène présent(e) sur les lieux de l’accident à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales, y compris l'hospitalisation. Les frais nécessaires à l'intervention, au séjour hospitalier, au traitement, etc. seront à ma charge.

Fait à Vedène le \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Signature du représentant légal :