

Autorisation parentale



Concernant le mineur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Contacts : Parents : /

Archer : Autre :

Je, soussigné(e), Madame/Monsieur agissant en tant que parent (ou tuteur légal), autorise la FFTA ou son représentant légal à faire pratiquer sur tout acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessitera son état. J'accepte toute hospitalisation dans un hôpital compétent le plus proche.

J'accepte à le/la faire participer à la vie sportive du club où il/elle sera engagé(e) pour la saison.

J'accepte et m'engage à respecter le règlement du club et je reconnais que sa responsabilité et son encadrement ne pourront être engagés en dehors de l'enceinte sportive (gymnase ou stade) et ceux, même pendant les créneaux d'entraînement.

Date

Signature