



# 1ère Compagnie d'Arc d'Aunis La Rochelle

## Fiche d'inscription

Année 2010-2011

Association loi 1901	Nom :	_____		
Affiliation FFTA		_____		
2717002	Prénom :	_____		
n° SIRET		_____		
44768073700015	Date de naissance :	_____	M / F	_____
Portable :			Gaucher/Droitier	_____
06 16 84 64 47	Adresse	_____		
Courriel		_____		
arclarochelle@free.fr	Code Postal	_____	Commune	_____
Site :		_____		
arclarochelle.fr	Courriel :	_____		
n° préfecture		_____		
W173001049	Téléphone :	_____	Portable :	_____
Siège :		_____		
<b>ICAA</b>	Ecole et classe :	_____		
11 ave d'Oslo		_____		
17000 La Rochelle	Profession parents :	_____		

### Autorisation parentale pour un mineur

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_  
demeurant \_\_\_\_\_  
téléphone \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Autorise mon fils, ma fille (1) \_\_\_\_\_

A pratiquer le tir à l'arc et les exercices liés à ce sport au sein de la 1ère Compagnie d'Arc d'Aunis de La Rochelle au gymnase du lycée St Exupéry situé boulevard Winston Churchill - La Rochelle ou au terrain des trois fontaines (Jardin du Prieuré) - Lagord

Mon fils, ma fille (1) est licencié(e) à la F.F.T.A. par les soins de la compagnie, il (elle) bénéficie donc de l'assurance fédérale.

Mon fils, ma fille (1) a passé une visite médicale de non contre-indication à la pratique du tir à l'arc, **y compris en compétition**, dont j'ai transmis le certificat au responsable de la compagnie.

J'autorise la diffusion de photographie de mon fils, ma fille (1) dans le cadre de cette activité, notamment pour illustrer les articles de journaux.

Je note que mon accord sera sollicité pour les déplacements qui pourraient être proposés à mon fils, à ma fille (1), pour participer à des rencontres ou des compétitions adaptées à son âge.

En outre en cas d'accident, j'autorise le (la) représentant(e) de la 1ère Compagnie d'Arc d'Aunis présent(e) sur les lieux de l'accident, à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessitera son état. J'accepte toute hospitalisation décidée par les services de secours appropriés (Pompiers, SAMU,...) dans l'hôpital compétent le plus proche.

Fait à La Rochelle, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal :  
Père Mère Tuteur Tutrice (1)

Numéro de licence FFTA : \_\_\_\_\_

Catégorie : \_\_\_\_\_

Type d'arc \_\_\_\_\_

Arc \_\_\_\_\_ Viseur \_\_\_\_\_

Etui \_\_\_\_\_ Canne \_\_\_\_\_

Niveau \_\_\_\_\_

Mode de paiement \_\_\_\_\_

Certificat médical \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

Certificat pratique compétition \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'accident

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Remarques éventuelles

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_