

**AUTORISATION DE PRISE DE VUE
ACCORDEE POUR UN MINEUR**

Je soussigné(e)père,mère,représentant légal)

Domicilié(e)

Tél. :AUTORISE : Le Club des Archers des Milles.

A EFFECTUER DES PRISES DE VUES ET DE SON DE MON FILS / MA FILLE

(nom, prénom)

né(e) ledans le cadre de l'activité dite de Tir à l'arc

au sein du club et pendant les compétitions.

A DIFFUSER DANS UN BUT NON COMMERCIAL, TOUT OU PARTIE DES ENREGISTREMENTS
PHOTOS OU VIDEO REALISES.

Fait àLe

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »).

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e)père,mère,représentant légal)

Agissant en tant que parent (ou tuteur) autorise la F.F.T.A et son représentation Légal à faire pratiquer sur

..... tout acte médical ou chirurgical d'urgence que

nécessitera son état.

J'accepte toute hospitalisation dans l'hôpital compétent le plus proche.

Saison 2024/2025

Fait à , le

(Signature)

**AUTORISATION DE PRISE DE VUE
ACCORDEE POUR UN MINEUR**

Je soussigné(e)père,mère,représentant légal)

Domicilié(e)

Tél. :AUTORISE : Le Club des Archers des Milles.

A EFFECTUER DES PRISES DE VUES ET DE SON DE MON FILS / MA FILLE

(nom, prénom)

né(e) ledans le cadre de l'activité dite de Tir à l'arc

au sein du club et pendant les compétitions.

A DIFFUSER DANS UN BUT NON COMMERCIAL, TOUT OU PARTIE DES ENREGISTREMENTS
PHOTOS OU VIDEO REALISES.

Fait àLe

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »).

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e)père,mère,représentant légal)

Agissant en tant que parent (ou tuteur) autorise la F.F.T.A et son représentation Légal à faire pratiquer sur

..... tout acte médical ou chirurgical d'urgence que

nécessitera son état.

J'accepte toute hospitalisation dans l'hôpital compétent le plus proche.

Saison 2024/2025

Fait à , le

(Signature)