



Autorisation parentale Décharge

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

.....

Mère, père de

.....

Autorise l'association « Les Archers de Corbas » à prendre toutes mesures qui s'avèrent nécessaires en cas d'accident survenant à mon enfant dans le cadre des activités de l'association « Les Archers de Corbas », sur les lieux des entraînements comme en déplacement ou durant les déplacements.

Je m'engage également, en cas d'accident, à ne pas engager de poursuites contre les dirigeants et accompagnateurs de Les Archers de Corbas.

Fait à Corbas le,

Signature

INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE

Le code de la santé public (article 1111-4 et 1111-6) précise qu'aucun acte médical ne peut avoir lieu sans le consentement de la personne (ou du responsable légal).

Afin de pouvoir joindre les parents ou responsables du mineur de manière à ce que l'équipe médicale puisse communiquer le cas échéant avec eux, indiquez ci-dessous les coordonnées complètes.

Personnes à contacter en cas de besoin justifiant une intervention médicale d'urgence : (responsables légaux)

La Mère

Nom Prénom

Tél fixe Tél mobile

Le Père

Nom Prénom

Tél fixe Tél mobile

Le Tuteur

Nom Prénom

Tél fixe Tél mobile

Fait à Le

(Signature)