# COMPAGNIE DES ARCHERS DE L'ALBIGEOIS

Affiliation FFTA n° 1181207 – arcalbigeois@gmail.com – www.archersalbigeois.fr

## AUTORISATION PARENTALE – SAISON 2026-2027

*À remplir par le responsable légal de tout archer mineur et à remettre avec la fiche d'inscription. Valable du 1er septembre 2026 au 31 août 2027.*

### RESPONSABLE LÉGAL

| | |
|---|---|
| Nom et prénom | |
| Qualité | Père / Mère / Tuteur (entourer) |
| Adresse | |
| Téléphone portable | |
| Adresse mail | |

### ARCHER MINEUR

| | |
|---|---|
| Nom et prénom | |
| Date de naissance | |
| N° de licence FFTA | |

### AUTORISATIONS (cocher les cases acceptées)

Je soussigné(e), responsable légal de l'archer désigné ci-dessus :

☐ **Entraînements** : j'autorise mon enfant à participer aux entraînements du club (salle de Bellegarde, terrain de tir campagne du club et terrain de Handimut Sports Albi).

☐ **Sorties et compétitions** : j'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le club et aux compétitions (salle, campagne, extérieur) pour lesquelles il est inscrit.

☐ **Transport** : j'autorise mon enfant à être transporté dans le véhicule d'un dirigeant, d'un entraîneur, d'un bénévole ou d'un autre parent du club pour se rendre aux sorties et compétitions.

☐ **Urgence médicale** : j'autorise les responsables du club à prendre, en cas d'accident ou d'urgence, toute mesure nécessaire (appel aux secours, transport à l'hôpital, soins ou intervention décidés par un médecin), après avoir tenté de me joindre.

☐ **Départ seul** : j'autorise mon enfant à quitter seul le lieu d'entraînement ou de compétition à la fin de l'activité. *Si la case n'est pas cochée, l'enfant ne partira qu'avec moi ou une personne désignée ci-dessous.*

*Le club n'est responsable de l'enfant que pendant les horaires de l'activité. Les parents s'assurent de la présence d'un encadrant avant de laisser l'enfant.*

### PERSONNES À PRÉVENIR OU AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

| Nom et prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Informations médicales à connaître (allergies, traitement, asthme…) :

……

……

Je certifie exacts les renseignements de cette fiche.

Fait à .....

le ..... / ..... / 20.....

Signature (précédée de « Lu et approuvé »)