



AUTORISATIONS PARENTALES POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) *Nom et Prénom*

Adresse :

Code postal : Commune :

Agissant en tant que responsable légal de (*Nom et Prénom de l'enfant*)

Nom et n° de téléphone de la personne à contacter :
.....

1. Autorisation de publication de photos ou vidéos

☐ autorise ☐ n'autorise pas à publier sur le site internet de la Compagnie

☐ autorise ☐ n'autorise pas à publier sur les réseaux sociaux de la Compagnie et de l'ETAF

Les photographies ou vidéos de mon enfant au sein des différents supports d'information et de promotion de la Compagnie d'arc d'Antibes.

2. Autorisation de soins

☐ autorise ☐ n'autorise pas

La FFTA ou son représentant légal à faire pratiquer sur mon enfant tout acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessitera son état et de l'hospitaliser dans l'hôpital le plus proche.

3. Autre autorisation

☐ autorise mon enfant à partir seul après les entraînements

☐ viendra chercher mon enfant dès la fin de l'entraînement (pas de garderie assurée après l'heure de fin de l'entraînement)

Fait à le

Signature du responsable légal :

Pour les plus de 15 ans, signature du Jeune :