

FICHE DE SÉCURITÉ ARCHERS - fiche N° 2

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance : _____ Age : _____ ans

Adresse : N° _____ Rue _____

Code postal _____ Localité _____

N° tél domicile : _____ N° tél portable : _____

EN CAS D'ACCIDENT, PRÉVENIR :

M/Mme _____

N° de tél _____

J'autorise les membres du bureau de la Compagnie d'arc de Fismes à faire procéder aux premiers secours (Pompiers, SAMU) et à faire hospitaliser si nécessaire au CHU de REIMS

J'autorise les services de secours à pratiquer tous les soins nécessaires sans restriction

Mettre une croix dans chaque case si vous êtes d'accord

INFORMATIONS : Si le sus nommé est atteint d'allergie ou affection(s) dont la connaissance est nécessaire, veuillez en faire part dans ce cadre ou sous plis cacheté (à joindre) qui ne sera ouvert que par les services de secours.

Je certifie avoir en ma possession un certificat médical attestant qu'il n'y a pas d'incompatibilité avec mon état de santé (ou celle du sus nommé s'il est mineur) et la pratique du tir à l'arc, et m'engage à demander et à respecter l'avis de mon médecin si mon état de santé évoluait.

Je certifie agir en tant que tuteur légal de la personne sus nommé.

Date _____ Signature _____

Ce document doit être rendu au Président de la Compagnie
avant toute pratique du tir à l'arc.