



Stages ARCHERY COACHING 2022

FORMULAIRE MINEUR

Date(s) retenue(s) :

- Du dim 01/05 (18 h) au sam 07/05 (14 h) (6 jours)
 Du lun 25/07 (18 h) au dim 31/07 (14 h) (6 jours)
 Du sam 15/10 (18 h) au ven 21/10 (14 h) (6 jours)

Formule retenue :

- Avec hébergement en pension complète (725 €)
 Sans hébergement (repas du midi inclus) (540 €)

Navette possible depuis la gare ou l'aéroport de Perpignan. Me contacter pour les horaires

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	
Portable :	Email :	
Club :		Catégorie :
Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Droitier <input type="checkbox"/>
Gaucher <input type="checkbox"/>	Arc classique <input type="checkbox"/>	Arc à poulie <input type="checkbox"/>
Barebow <input type="checkbox"/>		

Disciplines pratiquées :

Fita 4 distances 2 X 70 m 2 X 50 m 2 X 18 m Tir campagne Beursault

	2 X 70 m	2 X 50 m	2 X 18 m	Campagne	Beursault	Nature
Record (en compétition)						

La participation aux compétitions n'est pas obligatoire pour participer aux stages

Pièces à joindre :

- Licence française ou étrangère avec photo ou carte d'identité ou passeport
 - chèque d'acompte de 30 % à l'ordre d'**ARCHERY COACHING** et le solde **15 jours avant** le début du stage (paiement en plusieurs fois possible en précisant les dates d'encaissement sur les chèques)
- A envoyer à : ARCHERY COACHING / Lionel TORRES – 27 rue Ferdinand Pouquet – 66680 Canohès

Remarques particulières :

Possibilité d'un hébergement anticipé pour ceux qui le souhaitent (me contacter).

J'autorise la direction du stage à utiliser à des fins professionnelles les images (photos et films) du stage sans demander d'indemnisation.

Fait à

, le

Signature :

Autorisation parentale

A remplir par le représentant légal en lettres MAJUSCULES

Je soussigné (e) père, mère ou tuteur (1) ((1) rayer les mentions inutiles),

Nom : Prénom :

Demeurant :

Code Postal : Ville :

Tél fixe: Bureau :

Portable :

Email :

Autorise mon fils, ma fille (1) à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du stage de tir à l'arc :

- Du dim 01/05 **(18 h)** au sam 07/05 **(14 h)** (**6 jours**)
- Du lun 25/07 **(18 h)** au dim 31/07 **(14 h)** (**6 jours**)
- Du sam 15/10 **(18 h)** au ven 21/10 **(14 h)** (**6 jours**)

organisé par l'association « Archery Coaching ».

En outre,

Cocher les cases suivantes pour signifier votre accord

- J'autorise la direction du stage à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale qui seraient reconnues urgentes par le médecin.
- J'autorise la direction du stage à utiliser à des fins professionnelles les images (photos et films) du stage sans demander d'indemnisation.
- J'autorise un des membres du stage (entraîneur, athlète ou autre parent) à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou autre moyen de transport pour se rendre sur le lieu du stage ou sur les sites d'activités sportives.

En cas d'urgence, prévenir Madame, Mademoiselle, Monsieur (1),

Nom : Prénom :

Demeurant :

Code Postal : Ville :

Tél fixe: Bureau :

Portable :

Email :

N° de Sécurité Sociale de l'enfant ou du parent auquel il est rattaché :

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal :

(précédé de la mention manuscrite

« Lu et approuvé – bon pour autorisation »)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....	Centre de Pleine Nature Sud Canigó
.....	Complexe sportif - Lieu-Dit la Baillie
.....	66150 Arles Sur tech
	Tél : 04 68 39 37 82

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....