

Demande d'inscription à la formation pratique à la chasse accompagnée

A remplir par le candidat :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : Age :

ADRESSE :

e-mail : N° Tél :

En cas d'urgence

Personne à prévenir : NOM :

N° Tél :

Je souhaite être pris en charge par l'hôpital le plus proche et autorise les médecins à pratiquer toute intervention et soins d'urgence.

Pour les mineurs : Autorisation du responsable légal

Je soussigné(e) :demeurant à

Responsable légal de l'enfant :

Nom..... Prénom.....

L'autorise à participer à la formation pratique à la chasse accompagnée dispensée par la Fédération des Chasseurs des A.M. et en cas d'urgence je souhaiterais que mon enfant soit pris en charge par l'hôpital le plus proche et autorise les médecins à pratiquer sur lui toute intervention et soins d'urgence.

Je dégage la Fédération des Chasseurs de toute responsabilité, dans le cas où l'enfant ne respecterait pas la réglementation des activités ou ne s'y présenterait pas.

Fait àLe

Signature du candidat

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du responsable légal

précédée de la mention « lu et approuvé »