

➤ **Autre personne à prévenir :**

◆ Nom et prénom :

🏠 Domicile : 🏢 Travail :

👤 Portable :

◆ Autre personne à prévenir :

Nom et prénom :

🏠 Domicile : 🏢 Travail :

👤 Portable :

➤ **Droit à l'image :**

Autorisez-vous qu'une photo de vous-même ou de votre enfant apparaisse sur les différents supports de communication de notre club (site internet, plaquette papier ...) oui non

Fait à le / / Signature :

Lieu, Date :

Certificat médical de non contre-indication à la pratique du tir à l'arc en compétition

Je soussigné Docteur

Certifie avoir consulté ce jour

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique en compétition :

◆ du tir à l'arc ◆

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre.

Cachet du médecin

Signature

Article L 231-3 du code du sport

Ce certificat médical est valable un 1 an.

Sa photocopie peut être fournie pour la participation aux épreuves sportives.