

(1) *Champ à remplir*

(2) *Rayer la mention inutile*

### Fiche de Renseignements sur l'archer

NOM/Prénom :	
Date de naissance :	
<b><u>Pour les mineurs :</u></b>	
Nom des parents (si différents) :	
Nom du tuteur/ représentant légal	
Adresse postale :	
Adresse mail :	
Numéro de téléphone :	

### **Personnes à contacter en cas d'urgence :**

Nom/ Prénom	N°de téléphone	Lien avec l'archer

### **Particularités :**

--

*Nota : Pour les archers déjà affiliés à un club afin de pouvoir instruire toute demande de mutation, merci de bien vouloir rédiger et adresser un courrier de demande au club.*

Fait à (1)

le (1)

Signature (1)

## **Droit à l'image**

Lors de votre adhésion, vous autorisez le club à utiliser, les informations contenues dans la fiche d'inscription (*nom, date de naissance et adresse sont obligatoires pour l'inscription à la FFTA*), les photos prises lors des compétitions ou au sein du club ainsi que les classements issus des compétitions de tir à l'arc .

Aucune des informations recueillies ne sera cédée ou vendue à des tiers. Cette autorisation n'est valable que pour la durée de la saison.

L'utilisation de celles-ci n'ayant d'autre but que le vie, la promotion du club et la pratique du tir à l'arc, les photos pouvant être publiées sur le site et la page facebook du club et données à la presse dans le cadre de résultats sportifs.

Si vous souhaitez exercer votre droit d'accès sur les données vous concernant, veuillez contacter le secrétariat du club.

En application des articles 27 et 34 de la loi dite « informatique et libertés » n°76-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit de modification ou de suppression des données qui vous concernent.

Fait à (1)

le (1)

Signature (1)

## **Autorisation parentale**

Je soussigné(e) M. /Mme (1)

en qualité de père / mère / tuteur (2)

autorise mon fils / ma fille (1)

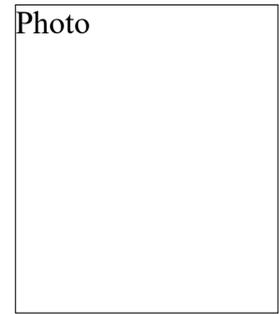
à participer aux compétitions et autorise les responsables à faire pratiquer, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence, tant médicale que chirurgicale, y compris l'hospitalisation.

Fait à (1)

le (1)

Signature (1)

Photo



## FICHE ARCHER

Nom et Prénom : 0  
Né le : 0  
Adresse : 0

Tel : 0  
Mail : 0

Catégorie :   
N° de licence :

Club :   
Nombre d'année de tir :

Matériel utilisé :  
➤   
➤   
➤

Disciplines pratiquées :  
➤   
➤

Meilleurs Scores de la saison  
➤   
➤

Quelles sont tes objectifs pour la saison