

## FICHE AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) .....  
Agissant en qualité de représentant légal du Mineur ou Majeur protégé ci-dessous désigné :  
Nom – Prénom .....  
Licencié FFTA n° ..... et adhérent du club Compagnie des Archers Niortais affilié FFTA n°  
.....

**Autorise mon enfant à rentrer seul après les entraînements : Oui – Non**

En application de l'article 7 du décret n° 2011-57 du 13 janvier 2011 relatif aux examens et prélèvements autorisés pour la lutte contre le dopage modifiant l'article R.232-52 du code du sport.

**Autorise : Oui – Non**

Tout préleveur agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage, dûment mandaté à cet effet, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de cheveux, ...) lors d'un contrôle antidopage sur le mineur ou majeur protégé ci-dessus désigné.

**Ces autorisations sont délivrées le ..... pour servir et valoir ce que de droit pour la saison sportive 20.... – 20...., soit du 1<sup>er</sup> septembre 20.... Au 31 août 20....**

Le code de la santé public (article 1111-4 et 1111-6) précise qu'aucun acte médical ne peut avoir lieu sur un mineur sans le consentement de la personne responsable (ou du représentant légal). Afin de pouvoir joindre les parents ou responsables du mineur de manière à ce que l'équipe médicale puisse communiquer le cas échéant avec eux, indiquer ci-dessous les coordonnées complètes.

**Personnes à contacter en cas de besoin justifiant  
Une intervention médicale ou chirurgicale d'urgence :**  
(responsables légaux)

La Mère	Nom : .....	Prénom : .....
	Tél fixe : .....	Tél mobile : .....
Le Père	Nom : .....	Prénom : .....
	Tél fixe : .....	Tél mobile : .....
Le Tuteur	Nom : .....	Prénom : .....
	Tél fixe : .....	Tél mobile : .....

Signature du représentant :