

FICHE DE RENSEIGNEMENT MAJEUR Chasse accompagnée

Je, soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date formation souhaitée : samedi 06/06/26 ou samedi 08/08/26

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Tél : _____ Mail : _____

Fournir une copie de la carte d'identité recto-verso,

• Renseignement d'ordre médical

- le candidat déclare sur l'honneur être apte à suivre la formation pratique à la chasse accompagnée
- s'engage à respecter les instructions (horaires, consignes de sécurité) qui lui sont communiquées.

• En cas d'urgence, personne à prévenir

Nom : _____ Téléphone : _____

• En cas d'urgence, je souhaite être pris(e) en charge

par l'établissement médical le plus proche

ou par l'établissement médical (préciser nom et adresse)

_____ et autorise les médecins à pratiquer toute intervention et soins d'urgence.

Fait à _____ Le, _____

Signature précédée de la mention " lu et approuvé"