

FICHE DE RENSEIGNEMENT MAJEUR

Chasse accompagnée

Je, soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date formation souhaitée : 13/04/24 ou 22/06/24 ou 03/08/24

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"