

CHASSE ACCOMPAGNEE

FORMATION PRATIQUE ELEMENTAIRE OBLIGATOIRE

Je soussigné,

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE



05

|

|

|

ADRESSE



06

|

|

|

email :

@

Déclare m'inscrire à la formation pratique élémentaire obligatoire pour pratiquer la chasse accompagnée.
Je déclare sur l'honneur être apte à suivre cette formation, et m'engage à respecter toutes les instructions qui me seront communiquées.

‣ Afin de préparer au mieux le permis de chasser que souhaitez-vous : LIVRE *ou* DVD

Cocher la case de votre choix

En cas d'urgence,

Personne à prévenir :

NOM

n° tél. :

Je souhaite être pris en charge : par l'établissement médical le plus proche

ou par l'établissement médical de mon choix, dont les coordonnées suivent

J'autorise les médecins à pratiquer toute intervention et soins d'urgence que nécessiterait mon état.

Assurance obligatoire

Pendant les séances de formations à l'examen du permis de chasser, les candidats sont couverts par l'assurance responsabilité civile de la Fédération des chasseurs de la Charente

Fait à

le

Signature, précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"