

DEMANDE de PARTICIPATION AUX RUCHERS ECOLES

Nom : Prénom :

La formation assurée par le rucher école amène les élèves à s'exposer aux piqûres d'abeilles. Certaines personnes sont susceptibles de faire une très importante réaction suite à une piqûre d'abeille.

**NOUS VOUS RECOMMANDONS DE CONSULTER VOTRE MEDECIN
AVANT DE PRATIQUER L'APICULTURE.**

La responsabilité du SIARP ne peut être engagée en cas d'accident. Néanmoins, afin de parer à toute éventualité, l'admission aux ruchers-écoles sera subordonnée à l'acceptation par vous de la clause suivante :

J'autorise les responsables du SIARP à prendre toutes mesures qu'ils jugeront nécessaires en cas de réaction allergique grave, et notamment de pratiquer sur moi une injection sous-cutanée d'adrénaline, s'il est jugé que mon état ne permet pas d'attendre l'arrivée d'un médecin.

Je souhaite participer aux séances pratiques des ruchers du SIARP

Fait à..... le.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Attention :

Le rucher école du SIARP de Marly-le-Roi est hébergé dans le domaine du Fort du Trou d'Enfer. L'accès au rucher est réglementé, et la circulation des adhérents se fait sous la responsabilité des animateurs du SIARP. Merci de respecter strictement leurs indications ainsi que les horaires.