



AUTORISATION PARENTALE - Année scolaire 2014--2015

Je soussigné(e).....

père, mère, tuteur, représentant légal (1)

Adresse :

N° Téléphone

Mail des parents :

- autorise l'élève :

Nom..... Prénom..... Mail élève.....

né(e) le :.....classe :

N° Téléphone élève

à participer aux activités de l'association sportive DE LA Cit2 scolaire Briffaut (entraînements, compétitions, promotions, formations) ainsi qu'aux inter AS (activités prises en charge par des professeurs d'EPS d'autres établissements du district des lycées centre) et aux transports mis en place par les professeurs d'EPS.

- autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité. (2)

- Je suis informé que cet élève est assuré (contrat collectif) par l'association sportive de l'établissement et que je peux contracter une assurance complémentaire individuelle accident (prendre contact avec le professeur d'EPS).

- Je dois régler le coût de la licence :

20,00 € (pour les élèves non inscrits sur les listes des sections sportives : Chèque à libeller à l'ordre de : « ASLTI »).

40,00 € (pour les élèves inscrits sur les listes des sections sportives : Chèque à libeller à l'ordre de : « ASLTI SS »).

- Je dois fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive en compétition (cf. document joint) ou une photocopie de licence d'un club ainsi que 2 photos d'identité. Le tout sera à remettre à un des professeurs d'EPS dans une enveloppe libellée à votre nom.

- J'autorise gracieusement l'UNSS : (3)

1 – à prendre des images filmées ou des photos lors des manifestations UNSS;

2 – à les exploiter librement dans le cadre de ses missions habituelles (affichage collège, site internet du collège, articles dans la presse...).

Fait àle :.....

(1) Rayer la mention inutile

(2) Rayer en cas de refus d'autorisation

(3) Rayer en cas de refus d'autorisation

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL (à ne pas remplir pour les élèves des sections sportives qui en ont un spécifique)

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, demeurant.....

Certifie avoir examiné.....née(e) le.....

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique sportive en compétition scolaire dans les activités suivantes* :

Handball – Football / futsal – Rugby - Basket-Ball – Volley-Ball – Cross – Badminton – Tennis de table – Tennis – Natation

Athlétisme – Musculation – APPN (Escalade- Ski, Canoë-kayak, V.T.T , Course d'orientation...) – Boxe – Golf –

Autres (préciser) :.....

(*rayer uniquement les activités contre-indiquées)

De plus, je considère l'élève apte à pratiquer ces sports en compétitions dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à la sienne conformément à l'article 11 des règlements généraux : oui - non (rayer la mention inutile)

Fait à.....le.....

Cachet et signature du médecin