



Inscription à l'association sportive

Coordonnées de l' AS : ...LYCEE MICHELET LANNEMEZHAN....

Document à retourner (autorisation parentale + certificat médical le cas échéant) accompagné
• Et d'un chèque de 5 euros à l'ordre de AS LYCEE MICHELET LANNEMEZHAN

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) père, mère, représentant légal ⁽¹⁾

autorise ⁽²⁾ né(e) le

à participer aux activités de l'Association Sportive ⁽³⁾

NB1 : L'adhésion à l'UNSS vaut acceptation de la prise d'images fixes ou animées et de son utilisation.

NB2 : En cas de nécessité, l'enseignant accompagnateur utilisera la « fiche d'urgence » (loi 2002-303 du 4 mars 2002) pour alerter le médecin régulateur du 15 ainsi que la famille.

Numéro de la famille à contacter en cas d'urgence :

Fait à, le Signature

Chaque adhérent a la possibilité de souscrire individuellement des garanties dommages corporels complémentaires ⁽⁴⁾

(1) rayer les mentions inutiles (2) nom prénom du licencié (3) nom de l'association (4) entourer si demande souscription

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION

UNIQUEMENT NECESSAIRE POUR LES SPORTS MENTIONNES CI-dessous : RUGBY / PARAPENTE/ TIR SPORTIF

Je soussigné(e).....

Docteur en Médecine, demeurant à

certifie avoir examiné né(e) le

et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

Rayer les sports contre indiqués

N.B. : Pour les sports nécessitant un examen spécifique préalable à la délivrance d'une licence, il conviendra de se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à, le Cachet et signature du médecin

CERTIFICAT DE SURCLASSEMENT

Je soussigné(e).....Docteur en Médecine,

autorise le jeune ci-dessus nommé, à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure dans le ou les sports suivants :

.....

Fait à, le Cachet et signature du médecin



FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Année scolaire :

Nom de l'établissement :
Adresse :

Nom : Prénom :
Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile :
2. N° du travail du père : Poste :
3. N° du travail de la mère : Poste :
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)

Date et Signature des parents

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.