



**ASSOCIATION
SPORTIVE
Multisports
Notre Dame de Sion
2021 – 2022**

FICHE D'INSCRIPTION

A REMPLIR PAR L'ELEVE

Je soussigné :

NOM : _____ Prénom : _____ CLASSE : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse : _____

Désire pratiquer au sein de l'Association Sportive l'activité suivante : (présence obligatoire, si absence, justificatif écrit des parents exceptionnellement)

AS Lycée

Lundi : 18H30-19H30 (activités au choix du groupe)

Mardi : 13H00-14H00 (activités au choix du groupe)

Jeudi : 13H00-14H00 (activités au choix du groupe)

Début de l'AS : Semaine du 4 Octobre 2021

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) : _____

Père, mère, tuteur, représentant légal (1)

Autorise (2) _____

A participer aux activités de l'association sportive du collège..... et **autorise / n'autorise pas** le professeur responsable ou l'accompagnateur à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale en cas d'urgence ou de nécessité (3)

J'autorise, je refuse (1)

Toute prise de vue (vidéo ou photo) de mon enfant dans le cadre de l'ensemble des activités de l'UGSEL et de l'établissement. Il est bien entendu que ces prises de vue ou photos ne seront utilisées qu'au sein de l'établissement ou dans le cadre des activités et publications de l'UGSEL, y compris la mise en ligne sur les sites internet de l'académie de Paris, de la direction régionale et nationale de l'UGSEL. Ces prises de vue ou photos ne donnent lieu à aucune rémunération de l'élève ou de sa famille.

Fait à _____ le _____

SIGNATURE :

Fiche à remettre au professeur d'EPS avec le certificat médical rempli au verso, une cotisation annuelle de 80 euros (chèque à l'ordre de l'AS Notre Dame de Sion). Ancien licencié : tarif de 40 euros (réduction de 50% COVID)

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) Indiquer le nom et prénom du licencié

(3) Rayer en cas de refus d'autorisation.

Certificat de non contre-indication à la participation aux entraînements et aux compétitions UGSEL.



Je soussigné (e) : _____

Docteur en médecine, demeurant : _____

Certifie avoir examiné : _____

Né (e) le : _____

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des activités ou de l'activité sportive(s) énumérée(s) multisports loisir.

Fait à _____

Le : _____

Cachet et signature du médecin

SIGNATURE :

(1) Rayer les mentions inutiles
(2) Indiquer le nom et prénom du licencié
(3) Rayer en cas de rattrapage