

# FICHE D'INSCRIPTION

Année 2017-2018



Pour participer aux différentes activités et compétitions de l'association sportive il faut :

1. se munir d'un certificat médical autorisant la pratique sportive dans le cadre de l'AS du lycée (modèle ci-joint) ou d'une photocopie d'une licence sportive de l'année.
2. une autorisation parentale (formulaire ci dessous)
3. acquitter la cotisation de **5 €** supplémentaires qui couvrira le coût de l'assurance obligatoire : en chèque de préférence, à l'ordre de l'association sportive.

## AUTORISATION PARENTALE

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

N° de téléphone .....

Autorise (2).....né(e) le .....classe : .....

N° de téléphone de l'élève .....

Adresse mail de l'élève : .....@.....

- ⇒ à participer aux activités de l'Association Sportive du lycée L.de Vinci.
- ⇒ autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur, à prendre, en cas d'accident, toute mesure dictée par l'urgence.
- ⇒ autorise les professeurs à prendre et à utiliser des photos de mon enfant sur le site du lycée(1)

Fait à .....le .....

Signature :

- (1) - Rayer la mention inutile.
- (2) - Indiquer nom-prénom du licencié.

## ENGAGEMENT DU SPORTIF

J'adhère volontairement à l'Association Sportive et je m'engage à :

- Jouer loyalement, sans violence, et rester maître de moi
- Respecter l'arbitre, le juge en acceptant toutes ses décisions
- Respecter les installations et les transports mis à ma disposition
- Respecter mes adversaires en restant modeste, honnête, fair-play
- Respecter mes partenaires en tenant mes engagements de début d'année
- Respecter ce contrat et à représenter le mieux possible, ma classe, mon équipe, mon établissement, ma ville lors de toutes les manifestations sportives.

Signature de l'élève

## CERTIFICAT MEDICAL (à faire remplir par un médecin)

GRATUITE DE LA CONSULTATION AU C.D.O.S, 46 RUE KLEBER  
PERIGUEUX, SUR RENDEZ-VOUS 05-53-45-51-14.

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 sports suivants en compétition :

### (Rayer seulement les sports contre-indiqués)

<b>Sports collectifs</b>	<b>Sports duels</b>	<b>Sports nautiques</b>
Basket-Ball	Judo	Canoë Kayak
Foot-Ball	Lutte	Natation
Hand-Ball	Badminton	<b>Autres sports individuels</b>
Rugby	Tennis	Athlétisme
Volley-Ball	Tennis-de-table	Biathlon
		Triathlon
<b>Sports d'expression</b>	<b>Sports de plein air</b>	Cross
Danse	Course d'Orientation	Cyclisme
Gymnastique	Escalade	Hexathlon U.N.S.S.
GRS	Tir à l'arc	Musculation
	VTT	Fitness
	Ski	<b>Autres sports :</b>
	Surf	<b>Précisez :.....</b>

Fait à.....

Signature et cachet du médecin

Le.....