| Cadre réservé au secrétaire d'AS | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------|--|--|--|
| CM : 🗖 | Copie de licence de : | | N° de licence : | | | |
| NOM:_ | | Catégorie : | Ph : □ | | | |
| PRENOM: | | Classe: | € : □ Esp. □ Chq. | | | |

FICHE D'INSCRIPTION

Association Sportive du lycée Blaise PASCAL

| Renseignements | | | | | | |
|--|----|--|--|--|--|--|
| NOM: Prénom: | | | | | | |
| Né(e) le : Classe : | | | | | | |
| Nom du professeur d'EPS de l'année en cours: | | | | | | |
| Activité(s) pour laquelle/lesquelles vous vous inscrivez : | | | | | | |
| Autorisation parentale | | | | | | |
| le soussigné(e) nère mère tuteur de l'élève | | | | | | |
| Je soussigné(e), père, mère, tuteur de l'élève né(e) le autorise, mon fil | ls | | | | | |
| / ma fille à participer aux activités de l'association sportive du lycée Blaise PASCAL et à participer aux | | | | | | |
| compétitions sportives, à se déplacer par les moyens choisis par l'organisateur (propres, de location, personnels, | , | | | | | |
| en commun etc) | | | | | | |
| Adresse de la famille : Tel (travail) : Tel (portable) : | | | | | | |
| Rayer en cas de refus d'autorisation | | | | | | |
| - j'autorise le professeur responsable ou accompagnateur à faire pratiquer, en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité. | | | | | | |
| - j'ai bien noté que mon enfant pouvait être exclu temporairement ou définitivement de l'association sportive en cas de non-respect du règlement intérieur du lycée à l'entrainement comme sur les lieux de compétition. | | | | | | |
| Cotisation – paiement de la licence pour l'année scolaire | | | | | | |
| - 10 euros, par chèque, à l'ordre de l'AS du lycée Blaise PASCAL. Joindre une photo. | | | | | | |
| Fait à le Signature | | | | | | |

Certificat médical de non contre indication à la pratique sportive et de compétition

| Je soussigné(e), | |
|--|-----|
| docteur en médecine demeurant | |
| certifie avoir examiné | |
| né(e) le | |
| et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique contre indiquant la pratique des spo | rts |
| suivants en compétition (rayer seulement les sports contre-indiqués) : | |

| Sports collectifs | Sports d'expression | Sports duels |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Basketball | Danse / Hip Hop | Boxe française |
| Base-Ball | Acrosport | Boxe |
| Football | Gymnastique sportive | Escrime |
| Handball | Gymnastique Rythmique | Judo |
| Rugby | Arts du Cirque | Lutte |
| Volleyball | Trampoline | Karaté |
| | Sports fitness | |
| | STEP | |
| Sports de raquettes | Sport de plein air | Autres sports individuels |
| | Aviron | |
| Badminton | Canoë Kayak | Athlétisme - Cross |
| Tennis de Table | Course d'orientation | Biathlon |
| Tennis | Golf | Triathlon: Bike and Run |
| Squash | Planche à voile / Voile | Musculation |
| | Ski alpin | Natation |
| | Ski de fond | Patins à Glace |
| | Snowboard | Sports équestres |
| | Escalade | Sports de boules ou quilles |
| | Spéléologie | Tir à l'arc |
| | VTT / Cyclisme | Roller |
| | Slackline | Pentathlon UNSS |
| | Multi activités Raid nature | |
| | Equitation | |

| Fait à | le | Signature |
|--------|----|------------------|
| | | |