

FEUILLE D'INSCRIPTION
Association sportive
Année 2018-2019

1. RENSEIGNEMENTS

Elève : NOM : Prénom :
 Année de naissance : Classe :

Parents ou responsable légal :

Responsable 1

NOM – Prénom :
 Tél. en cas d'urgence :
 E-mail :

Responsable 2

NOM – Prénom :
 Tél. en cas d'urgence :
 E-mail :

2. CHOIX DES ACTIVITES (cocher les cases)

<i>Entraînements</i>		
Lundi	Badminton	<input type="checkbox"/>
	STEP	<input type="checkbox"/>
Mardi	Futsal	<input type="checkbox"/>
	Sports de combat	<input type="checkbox"/>
Mercredi	Natation	<input type="checkbox"/>
	Foot/Hand/Volley	<input type="checkbox"/>
	Ski Alpin	<input type="checkbox"/>
	Ski de fond	<input type="checkbox"/>
Vendredi	Crossfit	<input type="checkbox"/>
	Badminton	<input type="checkbox"/>

<i>Uniquement en compétition</i>	
Défi APPN	<input type="checkbox"/>
Ski alpin	<input type="checkbox"/>
Ski nordique / Biathlon	<input type="checkbox"/>
Judo	<input type="checkbox"/>
Cross	<input type="checkbox"/>
Lutte	<input type="checkbox"/>
Rugby (classes rugby)	<input type="checkbox"/>
Football (classes football)	<input type="checkbox"/>

3. AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. et/ou Mme père, mère, tuteur, autorise ma fille/mon fils (NOM – Prénom) a participé aux entraînements et aux compétitions de l'Association Sportive.

En mon nom, j'autorise le professeur d'EPS responsable de l'encadrement de l'activité et le médecin consulté, à prendre toutes décisions reconnues médicalement nécessaires pour la santé de mon enfant, en cas d'urgence, de maladie ou d'accident nécessitant une intervention y compris chirurgicale, avec pratique (si nécessaire) de l'anesthésie générale.

Signatures des parents :