

# ASSOCIATION SPORTIVE

**U.N.S.S – COLLEGE LES FONTANILLES–CASTELNAUDARY– 2018/2019**

## FICHE ANNUELLE D'INSCRIPTION

CLASSE : ..... Activités Sportives choisies : .....

Régime : EXT  ½ PENS  INT       Professeur d'E.P.S cette année :.....

**Montant de la cotisation : 25€**

## RENSEIGNEMENTS

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

*Adresse mail parents*: .....

Adresse : .....

Téléphones parents : port : ..... : autres : .....

## AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur ..... mère, père, tuteur représentant légal,

- Autorise mon enfant (NOM, Prénom) ..... à participer aux activités de l'Association Sportive du collège les Fontanilles de Castelnau-dary.
- En cas de nécessité, j'autorise le professeur responsable à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires et utiles (hospitalisation, intervention chirurgicale etc...)
- Autorise les supports photographiques sur les sites des services de l'UNSS dans le cadre exclusif des pratiques sportives auxquelles il participe
- Autorise le professeur accompagnateur en déplacement, à faire sortir, et à récupérer mon enfant après soins à l'hôpital local suite à l'évacuation de celui-ci vers un centre hospitalier
- Certifie avoir rempli et signé la fiche d'urgence située au verso.

A ..... le .....

(signature) :

(1) Rayer nettement en cas de refus d'autorisation d'intervention

## FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

NOM de l'élève : .....Classe : ..... Date de naissance : .... / .... / .....

**Nom et adresse des parents ou du représentant légal :**

.....

**Numéro et adresse du centre de sécurité sociale :**

.....

**Numéro 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**)

**Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du collège (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...)**

.....

.....

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

.....

.....

*Date ..... et signature .....*