

## ASSOCIATION SPORTIVE DU COLLEGE JEAN ZAY

Cette fiche doit être ramenée entièrement remplie, accompagnée de la **somme de 10€** (ticket CAF possible) **dans une enveloppe avec le nom, prénom et classe de l'élève.**

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ..... Père, mère ou représentant légal, autorise ..... né(e) le .... / .... / ..... élève de la classe ..... à participer à l'association sportive du collège Jean ZAY le mardi entre 12h et 13h30 et/ou le mercredi après-midi.

Je l'autorise également à participer aux compétitions du mercredi après-midi.

En cas d'urgence, j'autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur à faire pratiquer une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité et, éventuellement me prévenir au numéro suivant :

.....  
Signature des parents ou du responsable légal

### INSCRIPTION DE L'ELEVE

Je soussigné(e) ..... né(e) le .... / .... / ....., élève de la classe ..... souhaite m'inscrire à l'association sportive du collège Jean ZAY pour participer aux activités suivantes : (j'entoure toutes les activités auxquelles je veux participer)

Lundi de 12h40 à 13h20 : FUTSAL filles et FUTSAL garçons

Mardi de 12h40 à 13h20 : HANDBALL / YAMAKASI

Mercredi de 13h30 à 15h : FUTSAL  
de 15h15 à 16h15 : NATATION

Jeudi de 12h40 à 13h20 : DODGEBALL / BADMINTON

Vendredi de **12h00 à 12h40** : FUTSAL filles et FUTSAL garçons

Je dois en début d'année faire le choix d'une activité « prioritaire » pour les compétitions.

Je choisis : .....

Je veux bien me présenter pour être délégué-élève au sein de l'association sportive. Je coche ici

### Pas de certificat médical SAUF POUR LE RUGBY

### CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY.

Je soussigné(e) ....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ..... né(e) le .... / .... / ....., et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du rugby :

Date : .... / .... / ....

Signature

Cachet du médecin :