



ASSOCIATION SPORTIVE

Autorisation des parents

Je soussigné(e) : NOM : **Prénom :**

demeurant :

Code postal Commune.....

Mail :@..... Tél :

Père, mère, tuteur (1) *rayez la mention inutile*

autorise l'élève : NOM : **Prénom :**

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

à faire partie de l'Association Sportive du collège Jean de la Varende.

En outre, j'accepte que les responsables de l'Association Sportive et/ou de l'U.N.S.S., autorisent en mon nom, une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité. (2) *rayez en cas de refus*

Activités pratiquées au sein de l'Association Sportive : *à préciser*

.....
.....
.....

Les risques sont couverts par l'assurance du collège.

Dans le cadre de l'Association Sportive, votre enfant sera éventuellement filmé ou photographié. Veuillez préciser votre souhait, ci-dessous :

OUI, j'autorise

NON, je n'autorise pas

Fait à, le

Signature