AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) autorise l'élève

Nom : Prénom :

Classe : Né(e) le :

Adresse :

Commune :

Téléphone domicile : portable

à faire partie de l'ASSOCIATION SPORTIVE du COLLEGE P.ELUARD et à effectuer les déplacements organisés dans le cadre de l'AS. J'accepte que les responsables autorisent en mon nom une intervention médicale ou chirurgicale en cas de besoin.

Droit à l'image : j'autorise l'association sportive à diffuser sur le site du collège ou dans la presse locale la photo de mon enfant : Oui Non

Fait à le

Signature obligatoire du responsable légal :

CHARTE D'ENGAGEMENT MORAL ET SPORTIF POUR L'ELEVE

Je m'engage à respecter les installations, les transports mis à ma disposition, à respecter mes adversaires, mes partenaires, les arbitres ; jouer loyalement et représenter au mieux mon équipe et mon établissement.

En cas de manquement à ces engagements, l'enseignant responsable de l'encadrement se réserve le droit d'exclure l'élève de l'AS.

Signature de l'élève :

PIECES DEMANDEES :

- Certificat médical.
- Une cotisation de 10€ : - par chèque à l'ordre de l'AS collègue P.Eluard
- bons CAF acceptés
- Cette autorisation parentale