



**ASSOCIATION SPORTIVE L.P.O. JACQUES PREVERT  
SAINT CHRISTOL LES ALES**

**FICHE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2015-16**



Je soussigné(e) . . . . . Père, mère, représentant légal

Adresse. . . . .

Autorise l'élève . . . . . Classe : . . . . . Né(e) le. . . . .  
à participer aux activités dans le cadre de l'association sportive du lycée (y compris activités extra-muros :compétitions , APPN,...) .

N° et adresse du centre de sécurité sociale : . . . . .

N° 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 : . . . . . portable. . . . .
- 3 N° du travail de la mère : . . . . . portable. . . . .
- 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. 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** (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement : . . . . .

NOM, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : . . . . .

En cas de nécessité et si la famille n'a pu être jointe, j'autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur à faire pratiquer une intervention chirurgicale préconisée par l'équipe médicale

Fait à. . . . .le . . . . .  
**Signature(s)**

Le montant de la cotisation annuelle de licence est de **25** euros à régler  
 en liquide  cheque à l'ordre de l'association sportive du lycée J.Prévert ou  en Chèques loisirs de la CAF

**CERTIFICAT MEDICAL**

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 des sports suivants en compétition. . . . .

Fait à. . . . .le . . . . .  
**Signature et cachet du médecin**