COLLEGE TRISTAN DEREME

*2019/2020*

*Fiche d’inscription*

ASSOCIATION SPORTIVE

LES CHARDONS

Nom Prénom :

Date de naissance :

Renouvellement : OUI NON

Adhésion Année = 15€

 (Chèque à l’ordre de l’AS Les Chardons)

Les activités de l’association sportive

Tu peux pratiquer de façon ponctuelle une seule activité ou à l’inverse pratiquer plusieurs activités dans l’année. Voici les possibilités  (à cocher) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Badminton 6ème/5èmeTennis de TableMardi 12h30 à 14h |  | Badminton 5ème/4èmeTennis de TableVendredi 12h30 à 14h  |  |
| Cross  4 épreuves en novembre et décembreMercredi après-midi |  | Raid, course d’orientation, triathlonplusieurs épreuves dans l’annéemercredi-après midi |  |
| Escalade 2 championnats au printemps le mercredi après-midi |  | V.T.T(sorties certains mercredi après-midi lorsqu’il n’y a pas d’épreuve RDV 13h45 gymnase) |  |
| Cross  4 épreuves en novembre et décembre |  | Ski * 1 journée entrainement et 2 journées compétition
* projet ski débutant
* 1 journée biathlon au Somport
 |  |
| Handball/ Rugby touché/ Futsal/BasketMercredi après midi(entraînement/matchs) |  | Athlétisme 1 championnat en été le mercredi après-midi  |  |

A noter que tu retrouveras les informations et planning d’activités chaque semaine sur le tableau d’affichage au niveau de la permanence du collège. De même, cette fiche ainsi que des informations se trouveront sur le site du collège

Certificat Médical (non obligatoire à l’exception du rugby)

Je soussigné(e) : …………………………………………….Docteur en médecine demeurant à :…………………………

Certifie avoir examiné ………………………………………………………………………….né(e) le …………………………………….

Et n’avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique du rugby en entraînement et compétition.

DATE :

Cachet et Signature du médecin

Autorisation Parentale

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom) ………………………………………………………………

Autorise mon enfant (Nom et Prénom) ………………………………………………………………………………………

A participer aux activités de l’Association Sportive de son établissement.

Autorise le professeur responsable ou l’accompagnateur, à prendre, en cas d’accident, toute mesure dictée par l’urgence.

COMPAGNIE D’ASSURANCE :

Tel Travail : Tel Domicile :

Adresse Mail :…………………………………………………………………………………………………….

Fait à ………………………………………………………………. Le …………………..

SIGNATURE :

Droit à l’image

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom) ………………………………………………………………

Autorise mon enfant (Nom et Prénom) ………………………………………………………………………………………

A être photographié(e) et/ou filmé (e) lors des épreuves et activités de l’Association Sportive.

Fait à ………………………………………………………………. Le …………………..

SIGNATURE :

Engagement du sportif

Je m’engage à :

* Jouer loyalement sans violence, et rester maître de moi,
* Respecter l’arbitre, le juge en acceptant toutes ses décisions,
* Respecter les installations et les transports mis à ma disposition,
* Respecter mes adversaires,
* Respecter mes partenaires en tenant mes engagements de débuts d’année,
* Respecter ce contrat et à représenter le mieux possible, ma classe, mon équipe, mon établissement, ma ville lors de toutes manifestations sportives.

Nom et Prénom de l’élève : ………………………………………………………………….

Signature de l’élève :…………………………………………………………………………......