

EN CAS DE BLESSURE DANS LE CADRE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE

FORMULAIRE OBLIGATOIRE

RENSEIGNEMENTS ELEVE

Nom : Prénom : Classe :
Né(e) le : à : Sexe : F M
Téléphone portable de l'élève :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom) mère, père, tuteur
de l'élève (Nom et Prénom) en classe de autorise :

- le professeur responsable ou l'accompagnateur, à prendre, en cas d'accident, toute mesure dictée par l'urgence ;
- l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par un médecin. En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'apprenant accidenté ou malade vers l'hôpital public le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence. La famille est avertie au plus vite par l'établissement. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de sa famille ou de son représentant légal ;**
- Le cas échéant, la famille s'engage à récupérer l'apprenant au cas où il ne pourrait suivre les cours normalement.

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

Pour participer aux compétitions UNSS et/ou à l'option EPS multi activités, il faut fournir un certificat médical : formulaire au verso de cette feuille à faire remplir par un médecin autorisant la pratique sportive du rugby notamment.

ASSURANCE

Les élèves sont assurés à la MAIF, mais ils peuvent souscrire une assurance renforcée apportant des garanties individuelles complémentaires (non obligatoire). Les personnes susceptibles d'être intéressées doivent le signaler. Nous leur ferons parvenir à la rentrée le formulaire 2024-2025 qui nous sera communiqué courant août. **Je suis intéressé par l'assurance MAIF IA SPORT PLUS et souhaite recevoir un formulaire d'adhésion à la rentrée : OUI - NON (Rayer la mention inutile)**

Fait à, le SIGNATURE « précédée de la mention « lu et approuvé » :

PERSONNES à prévenir en cas d'URGENCE

Mère	Père	Autre (précisez) :
Nom : Prénom : Adresse :	Nom : Prénom : Adresse :	Nom : Prénom : Adresse :
Code Postal : Ville : Tél domicile : Tél travail : Tél portable : Mail :	Code Postal : Ville : Tél domicile : Tél travail : Tél portable : Mail :	Code Postal : Ville : Tél domicile : Tél travail : Tél portable : Mail :

Nom et adresse du MEDECIN TRAITANT :

..... Téléphone :

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION**

Obligatoire pour participer à l'option EPS Multi activités et à l'UNSS

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 des sports suivants en compétition :

(Rayer seulement les sports contre - indiqués)

Sports collectifs	Sports duels	Sports nautiques
Basket-Ball	Judo	Canoë Kayak
Foot-Ball	Lutte	Natation
Hand-Ball	Badminton	Autres sports individuels
Hockey-sur-gazon	Tennis	Athlétisme
Rugby	Tennis-de-table	Biathlon
Volley-Ball	Sports de plein air	Bike and Run
Sports d'expression	Course d'Orientation	Triathlon
Trampoline	Golf	Cross
Danse	Ski Alpin	Cyclisme, V.T.T.
Gymnastique	Ski Nordique	Pentathlon U.N.S.S.
G.R.S	Escalade	Techniques de cirque
		Autres sports :
		Précisez :.....

Fait à.....

Signature et cachet du médecin

Le.....