

FICHE AS 2019 2020

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....responsable de l'élève.....,
né(e) leen classe de, autorise la pratique à l'AS de la ou les activités suivantes :

-.....
-.....

Protocole d'urgence en cas de fermeture de l'infirmerie

en cas d'accident, en dehors des heures d'ouverture de l'infirmerie,

autorise l'enseignant responsable de la séance à contacter le SAMU qui transportera mon enfant à la clinique des Nations Unies.

autorise l'enseignant responsable de la séance à contacter le SAMU mais celui-ci transportera mon enfant dans l'établissement de soin de mon choix. **Je joins la police d'assurance pour la prise en charge financière.**

Nom, adresse et coordonnées du centre de soin choisi :

.....

.....

.....

n'autorise pas l'enseignant à contacter le SAMU, m'engage dès lors à venir chercher mon enfant au Lycée Descartes et dégage l'établissement de toute responsabilité.

Je peux être joint aux numéros :

Num fixe :

Num portable :

En adhérant à l'AS, j'autorise l'utilisation de photos et de vidéos.

Date :

Signature

CHARTRE du Sportif AS

En adhérant à l'Association Sportive du Lycée Descartes, je m'engage à conserver une attitude responsable et solidaire.

1. ASSIDUITÉ : Participer à tous les entraînements, prévenir son professeur en cas d'empêchement ou de contre-indication.

2. INSTALLATIONS et PROPRETÉ : Respecter la propreté et l'état des installations sportives, ainsi que l'environnement de l'établissement.

3. MATÉRIEL : Participer à la mise en place et au rangement du matériel.

4. ACCES MERCREDI : Présenter à l'entrée du lycée son carnet de correspondance avec l'étiquette AS, collée au dos. Quitter l'établissement dès l'issue de son entraînement ou de sa rencontre.

5. CITOYENNETÉ/RENCONTRES : Respecter mes partenaires, adversaires, arbitres, organisateurs, installations, matériel lors des rencontres sportives dans le lycée et en dehors. TOUTE ATTITUDE NE RESPECTANT PAS CETTE CHARTE EN UN OU PLUSIEURS POINTS SERA SANCTIONNÉE.

Je soussigné(e)..... en classe de.....,

m'engage à respecter la charte de l'AS.

A Rabat, le....., signature élève :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur....., certifie que l'élève.....ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités sportives de l'ASLRD choisis.

A....., le

Signature et cachet du médecin :