

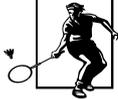


ASSOCIATION SPORTIVE au CLM
Fiche d'inscription LYCEE

2021 – 2022

NOM Prénom	Né(e) le / /	Classe
-------------------	------------------------	---------------

Numérote les activités que tu souhaites pratiquer cette année N°1 (la préférée), N°2...

Sports	Jours de pratique	Horaires	Lieu	Vœux
Athlétisme V. Boyer. C. Gilroy 	Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 14H30	Terrain	
Badminton V. Perroy 	Mercredi Loisir ou compétition	12H30 /14H30	Salle omnisports	
Basket-ball C. Cuzon 	Mardi Mercredi Loisir ou compétition	11H30 / 12H30 12H30 /13H30	Salle omnisports Terrain du bas	
CrossFit, Pilate, Step C. Paccard 	Lundi Loisir	11H30 / 12H20	Salle de sport	
Marche aquatique, Aquagym C. Paccard 	Mardi Loisir	11H30 / 12H20	Piscine	
Football F. Duval 	Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 14H30	Terrain	
Natation T. Gouez 	Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 14H30	Piscine	
Ori cardio C. Gilroy 	Mardi Loisir ou compétition	11H30 / 12H20	Salle de sport	
Va'a L.Kiou 	Mercredi Loisir ou compétition	12H30 /15H30	Site de Pirae	
Volley-ball G. Pitoeff 	Lundi Loisir ou compétition Mercredi compétition Matches	11H30 /12H20 12H30 / 14H00 12H30 / 16H30	Salle omnisports Terrain du bas	
Formation PSC1 C. Paccard 	Mercredi	11H30 /14H30 (2X3H)	Salle en attente	

Cotisation : 2500 XPF pour un ou plusieurs sports avec le T-Shirt AS CLM.

Chèque à l'ordre de AS CLM avec nom prénom et classe de l'élève au dos du chèque ou espèce.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) **mère, père ou tuteur légal** (rayez la mention inutile)

autorise mon enfant à pratiquer la ou les activités cochées, à faire partie de l'association sportive du CLM.

J'autorise l'Association Sportive du collège La Mennais* :

- à utiliser à des fins non commerciales des photos sur lesquelles figure mon enfant pour les besoins de communications de l'association (article, presse, site de l'établissement, Facebook de l'AS « **Association Sportive CLM** »)
- les responsables de l'AS ou l'USSP à organiser le transport de mon enfant vers un centre de soin si urgence constatée ou sur demande des secouristes. Pour une éventuelle intervention médicale, coche le centre de soin souhaité :
 Clinique Cardella Clinique Paofai Centre hospitalier du territoire Dispensaire de

*A rayer en cas de refus d'autorisation

Personne à prévenir en cas d'urgence les midis et mercredis après-midi

Tél.	N° Mère	N° Père	N° Tuteur
	N° Élève		

A, le/...../.....

Signature du responsable légal