



**ASSOCIATION SPORTIVE au CLM**  
**Fiche d'inscription COLLEGE**

**2021 – 2022**

<b>NOM Prénom</b>	<b>Né(e) le</b> / /	<b>Classe</b>
-------------------	---------------------	---------------

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

Sports	Jours de pratique	Horaires	Lieu	Vœux
<b>Arts du cirque</b> R. Ferre	 Mercredi Loisir	12H00 / 14H00	Salle de sport	
<b>Athlétisme</b> V. Boyer C. Gilroy	 Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 14H30	Terrain	
<b>Badminton</b> V. Perroy	 Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 14H30	Salle omnisports	
<b>Basket-ball</b> L.Liu	 Mardi Mercredi Loisir ou compétition	11H30 / 12H20 11H30 / 12H30	Salle omnisports	
<b>CrossFit, Pilate, Step</b> C.Paccard	 Lundi Loisir	11H30 / 12H20	Salle de sport	
<b>Marche aquatique, Aquagym</b> C.Paccard	 Mardi Loisir	11H30 / 12H20	Piscine	
<b>Football</b> Y. Perromat	 Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 14H30	Terrain	
<b>Natation</b> T.Gouez	 Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 14H30	Piscine	
<b>Ori cardio</b> C. Gilroy	 Mardi Loisir ou compétition	11H30 / 12H20	Salle de sport	
<b>Volley-ball</b> G. Pitoeff	 Lundi Loisir	11H30 / 12H20	Salle omnisports	
<b>Journée loisir</b> R. Ferre	Jeux aquatique randonnées, Paddle... Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 16H30		

**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**

<b>Tél.</b>	<b>N° Mère</b>	<b>N° Père</b>	<b>N° Tuteur</b>
	<b>N° Élève</b>		

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

**Signature du responsable légal**