



## ASSOCIATION SPORTIVE au CLM

## Fiche d'inscription LYCEE

2022 – 2023

Facebook : <https://www.facebook.com/SPORTauCLM>

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
<b>Arts du cirque</b> R. Ferre	Mercredi Loisir	12H00 / 14H00	Salle de sport	
<b>Athlétisme</b> V. Boyer	Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 14H30	Terrain	
<b>Badminton</b> V. Perroy	Mercredi Loisir ou compétition	11H30 / 13H30	Salle omnisports	
<b>Basket-ball</b> C. Gilroy	Lundi Mercredi compétition	11H30 / 12H20	Salle omnisports	
<b>Crossfit, Fitness</b> C. Paccard	Lundi Loisir	11H30 / 12H20	Salle de musculation	
<b>Crossfit</b> C. Gilroy	Mercredi Loisir	12H30 / 14H00	Salle de musculation	
<b>Natation</b> T. Gouez	Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 14H30	Piscine	
<b>Va'a</b> L. Kiou	Mercredi Loisir ou compétition	12H30 / 15H30	Site de Pirae	
<b>Volley-ball</b> G. Pitoeff	Lundi Loisir Mercredi Loisir	16H50 / 17H50 12H45 / 14H15	Salle omnisports Annexe	
<b>Formation PSC1</b> C. Paccard	Mercredi	12H00 / 15H30 (2X3H30)	Salle B04	

**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**