

Juge (jeune officiel)

Chronométreur Marqueur

**Autres (préciser)** 

**Arbitre** 

## ENGAGEMENT DU SPORTIF

(à remettre lors de l'inscription à l'Association Sportive)

DU SPORT	SCOLAIRE	(a remeter o roro do .	inscripcion a rrisse	relation ope	,,,,,		
J'adhère volo  ⇒ Jouer loyaler  ⇒ Respecter l'a  ⇒ Respecter m  ⇒ Respecter m  ⇒ Respecter m  ⇒ Respecter ce	ntairement à l'Ass ment, sans violence, e irbitre, le juge en acce s installations et les tr es adversaires en resta es partenaires en tenai	ociation Sportive t rester maître de mo ptant toutes ses décis ransports mis à ma dis nt modeste, honnête, nt mes engagements d eter le mieux possible, ves.	et je_m'engage à i ions sposition beau joueur e début d'année	: 5 5 7 8	2000 C Tel : 03 Site Ou	le Neuilly CHAUMONT 25303700 dinot: <u>http://wy</u>	vw.oudinot.org/
l'élève :				NATURI	Ap	porter dans u	
						ordre de « AS	
		AUTO	RISATION PARENT	ALE		te fiche dûmer	
Je soussigné(e) , Madame, Monsieur (Nom et Prénom)							
autorise mon e	enfant (Nom et Prér	nom)					
				Classo		date de naiss	ance :
⇒à participer aux activités de l'Association Sportive de son établissement							
⇒autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur, à prendre, en cas d'accident, toute mesure dictée par l'urgence.							
COMPAGNIE D'ASSURANCE Mutuelle st-Christophe à ICO. Possibilité éventuelle d'adhérer à une complémentaire personnelle							
COMPAGNIE D	ASSURANCE						
Téléphone - Travail : / / / Domicile : / / / Licence UNSS l'an passé : Oui nou							
Fait àle / / SIGNATURE :							
U.N.S.S. Certificat Médical  Je soussigné(e):							
COLLECTIFS	DE RAQUETTES	DE COMBAT	ATHLETIQUES	NAUTIQ	UE	APPN	EXPRESSION
Basket	Tennis	Lutte		Natation		Escalade	Gymnastique
Foot	Tennis de table	Judo		Voile		Orientation	G.R.S.
Rugby	Badminton	Boxe		Surf		VIT	Danse
Volley Hand		Boxe Française	Haltérophilie	Canoë		Tir à l'arc	Aérobic
Surclasseme	ent autorisé 🗖 o	i □ non <i>si oui</i> :	Sport :		Γ		
		ice de la fonction					
Autorise 6	saicinent i exerci	ice de la lulleuoli	uc.	1			

Cachet et sianature du médecin