

Association Sportive de St Dominique

Madame, Monsieur

Au cours de l'année scolaire, votre enfant sera peut-être amené à pratiquer une activité de l'AS, que se soit en entraînements, en rencontres inter-classe ou en rencontres sportives contre les autres établissements de l'Oise dans le cadre de l'**UGSEL**.

Pour y prendre part, il devra obligatoirement fournir le certificat médical ci-joint. Nous vous demandons donc, à l'occasion d'une visite chez votre médecin, de le faire remplir.

Fonctionnement de l'AS :

- Entraînements : 1 à 2 heures par semaine sur le temps du midi
- Compétitions : 1 à 2 mercredi après-midi suivant le calendrier UGSEL (<http://www.ugsel60.org/>)
- Cotisations : 20 euros prélevés en janvier

Recevez, Madame, Monsieur, l'assurance de notre entier dévouement
Les professeurs d'EPS

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur _____
autorise mon enfant _____

Date de naissance ____/____/____
élève de la classe de _____ à participer aux activités de l'AS.

Activité(s) choisie(s) _____

date :

signature :

Association Sportive de St Dominique CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION

Je soussigné(e) _____, Docteur en médecine
certifie avoir examiné _____ né(e) le ____/____/____

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe apparent contre indiquant la
pratique des sports suivants en compétition : (rayer seulement les
sports contre indiqués)

Basket-ball
Handball
Rugby
Athlétisme
Badminton
Golf

Football/Futsal
Volley-ball
Cross
Natation
Gymnastique
VTT

Autres (à préciser ...) _____

Fait à _____ le _____

Cachet du médecin

Signature du
médecin

