



## Inscription à l'association sportive

Coordonnées de l' AS : Jeanne d'Arc Tarbes  
17 Rue Massey, 65000 TARBES.....

Document à retourner (autorisation parentale + certificat médical) accompagné

- D'une photo d'identité
- et d'un chèque de 20 € à l'ordre de AS Jeanne d'Arc

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ..... père, mère, représentant légal <sup>(1)</sup>

autorise <sup>(2)</sup> ..... né(e) le .....

à participer aux activités de l'Association Sportive <sup>(3)</sup> .....

J'autorise également les organisateurs à diffuser les documents photographiques et vidéo où pourraient figurer mon enfant. En cas de refus de la famille, mon enfant devra se signaler au photographe et sortir du champ pour ne pas apparaître sur les clichés. <sup>(4)</sup>

En cas de nécessité, l'enseignant accompagnateur utilisera la « fiche d'urgence » (loi 2002-303 du 4 mars 2002) pour alerter le médecin régulateur du 15 ainsi que la famille.

Numéro de la famille à contacter en cas d'urgence : .....

Fait à ....., le ..... Signature

*Chaque adhérent a la possibilité de souscrire individuellement des garanties dommages corporels complémentaires <sup>(5)</sup>*

(1) rayer les mentions inutiles (2) nom prénom du licencié (3) nom de l'association (4) rayer si refus (5) entourer si demande souscription

### CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION

Je soussigné(e).....

Docteur en Médecine, demeurant à .....

certifie avoir examiné ..... né(e) le .....

et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

**Rayer les sports contre indiqués**

**Sports collectifs**  
Rugby

**Sports combat**  
Boxes

**Sports de pleine nature**  
Parapente  
Tir sportif

*N.B. : Pour les sports nécessitant un examen spécifique préalable à la délivrance d'une licence, il conviendra de se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.*

Fait à ....., le ..... Cachet et signature du médecin

### CERTIFICAT DE SURCLASSEMENT

Je soussigné(e).....Docteur en Médecine,

autorise le jeune ci-dessus nommé, à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure dans le ou les sports suivants :

.....

Fait à ....., le ..... Cachet et signature du médecin