



CADRE RESERVE AU PROFESSEUR
EPS

- ☐ FICHE COMPLETE
- ☐ PAIEMENT EFFECTUE
- ☐ LICENCE ETABLIE

N° :

FICHE D'ADHESION A L'ASSOCIATION SPORTIVE PIERRE MENDES

France 2026 - 2027

RUE DU COLLEGE BP 27
65502 VIC EN BIGORRE cedex

Tél : 05-62-31-69-00

Mail : 0650038n@ac-toulouse.fr

COLLEGE

- ☐ Non adhérent FSE : 25€
- ☐ Adhérent FSE : 20€
- ☐ Section Lutte : 25€
- ☐ Section APPN : 25€



Moyen de paiement choisi :

- ☐ Espèces
- ☐ Chèque
- ☐ Paiement en ligne (QR code au-dessus) → Numéro de Facture :

NOM :

PRENOM :

CLASSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOM DU PROFESSEUR D'EPS :

N° PORTABLE EVENTUEL DE L'ELEVE :

ADRESSE MAIL PARENT :

NB : Pour valider la licence, une validation par mail sera obligatoire.

SPORTS CHOISIS :

NB 2 : le certificat médical est obligatoire pour la pratique de la lutte.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)père, mère, représentant légal⁽¹⁾

autorise⁽²⁾né(e) le

à participer aux activités de L'ASSOCIATION SPORTIVE DE LA CITE SCOLAIRE PIERRE MENDES FRANCE.

NB1 : L'adhésion à l'UNSS vaut acceptation de la prise d'images fixes ou animées et de son utilisation.

NB3 : 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 :

Chaque adhérent a la possibilité de souscrire individuellement des garanties dommages corporels complémentaires⁽³⁾

(1) rayer les mentions inutiles

(2) nom prénom du licencié

(3) entourer si demande souscription

Fait à, le

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 :

- **Lutte**

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

FICHE D'URGENCE A REMPLIR PAR LES PARENTS A L'INTENTION DES MEDECINS URGENTISTES *

Nom de l'établissement : Année scolaire :

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

.....

En cas d'accident, l'établissement ou l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : N° de portable :

2. N° du travail du père : poste :

3. N° du travail de la mère : poste :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance des médecins urgentistes (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)

.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

* Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention des médecins urgentiste