|  |  |
| --- | --- |
| Athlétismehttp://t1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTLhfDHY6fMKmN71kETlWD42l6p1R8TTB7H7iv8u3L9lfPYio-n |  |
| Badmintonhttp://t2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT9aG84P1ZYXu2B9W6TxQRcZTnYV5nU3NSTPg_31e2Sd3H1dkQpGQ |
|  |
| Le raid naturehttp://t0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSCMewar3H4EM0F4mK6rHA1yDADHYzAvlvTjgoRgN1Eg--2WW3K |  |
| Sports collectifshttps://encrypted-tbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRAToa8MEV2WJmQKCtQZVg9J8uIrRJmOmo5VdOBzFxZp9dSFNXY0A |
|  |

VENEZ NOMBREUX POUR SE RENCONTRER, SE CONFRONTER, PROGRESSER !!!!!

**Inscription à l’Association Sportive du Lycée des Arènes**

Il est fortement recommandé à votre enfant de **s’inscrire à l’AS du Lycée pour différentes raisons** :

* La volonté d’un **enrichissement culturel et sportif** grâce à des activités variées
* Une licence sportive à **prix dérisoire** avec **3 à 4 plages horaires différentes** au minimum pour pratiquer une activité physique et sportive : Badminton/Golf, Athlétisme/Raid, Escalade, Hand-ball, Basket-ball
* Une **assurance complémentaire** pour les activités physiques proposées par l’AS **comprise dans le prix** de la cotisation : contrat collectif MAIF
* Participation aux compétitions d’athlétisme et au raid multi-activités.
* Des prix négociés et/ou une participation de l’AS pour certaines activités (ski, sorties natures, accès mur d’escalade)
* Association Partenaire avec le dispositif de « **la Carte Jeune Midi-Pyrénées »,** disponible **sur :** [**www.cartejeune.midipyrenees.fr**](http://www.cartejeune.midipyrenees.fr)

Ce dispositif vous donne un crédit que vous pouvez utiliser pour régler une partie ou la totalité de la cotisation à l’AS. Chaque élève dispose d’un capital de 15€.

TOUT CELA pour une **cotisation annuelle de 20€**.

AUTORISATION PARENTALE

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

Tél. Fixe/Port (père) :……………………………………………………………..  Ou …………………………………………………………

Tél.Fixe/Port (mère) : ……………………………………………………………..  Ou …………………………………………………………

- Autorise (2)..........................................................................................................................................

à participer aux activités de l'Association Sportive (3) ...............................................................

* Autorise l’association sportive des Arènes à utiliser l’image de mon enfant

* Autorise le Professeur responsable ou l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité (4).

Fait à ................................le ...................

Signature :

(1) - Rayer la mention inutile.

(2) - Indiquer nom-prénom du licencié.

(3) - Indiquer nom de l'établissement.

(4) - Rayer en cas de refus d'autorisation.

FICHE REMPLIE et COTISATION à remettre lors de l’INSCRIPTION de votre enfant. Règlement par chèque à l’ordre de « l’Association sportive du Lycée des Arènes »

FICHE D’URGENCE à L’INTENTION DES PARENTS

**Nom de l'établissement : Lycée des Arènes**  **Année scolaire :** ....................................

Nom : ......................................... Prénom : ...........................................

Classe : ..................................... Date de naissance : .............................................

Responsable 1 :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : ....................................................................................

............................................................................................................................................................................

Responsable  2 :

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 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 : ..............................................................

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 de l'établissement (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 du médecin ou de l'infirmière de l'établissement