



Association Sportive COLLEGE DOCTEUR KUHN Formulaire de licence

ELEVE :

NOM et Prénom : Né(e) le :

NOM et prénom du responsable:

N° de tél. en cas d'urgence : en priorité :

Sinon :+

Pour recevoir le programme :

e-mail parents e-mail élève.....

Autorisation parentale

Je soussigné(e), autorise :

(cocher chaque réponse validée)

- mon enfant à participer aux activités sportives de l'association sportive du collège Dr Kuhn. ainsi qu'aux compétitions organisées par l'U.N.S.S. et à emprunter les transports mis en place ;
- le professeur responsable ou l'accompagnateur à prendre toute disposition concernant mon enfant en vue de le faire hospitaliser ou de faire assurer une intervention chirurgicale rendue nécessaire par avis médicale.
- Je soussigné, Mr / Mme, atteste avoir pris connaissance des garanties proposées par l'assureur de l'association sportive pour la couverture des dommages corporels de mon enfant dans le cadre des activités de l'AS et visibles sur internet :
https://opuss.unss.org/html/ressources/article/pj/GARANTIES_GENERALES.1499940412867.pdf

Date et signature du responsable

Rapporter ce dossier COMPLET avec 20 € (à l'ordre de l'AS du Collège Dr Kuhn), dans une enveloppe, au bureau EPS, merci.

Secrétariat collège 03.80.49.61.18
M. COSTE 06.35.44.31.75