

**ASSOCIATION SPORTIVE  
DU COLLÈGE DU JAUR et UPP A. LAISSAC  
Année scolaire 2019-2020**

Je soussigné(e) M. ou Mme.....père, mère ou représentant  
légal (1), autorise mon FILS, ma FILLE (1) : (1 = Rayer les mention inutiles)

NOM..... Prénom..... Classe :.....

Né(e) le : ...../...../..... à : .....

Adresse : .....

COMMUNE : ..... Téléphone : .....

**à participer aux activités de l'Association Sportive du Collège durant l'année  
scolaire 2019-2020 (ouvert à tous les élèves des deux établissements) :**

- Mercredi 13h30-15h30 : escalade (avec M. PLANES)**
- Mercredi 13h30-15h30 : badminton (au gymnase d'Olargues avec Mme DUPONT)**
- Mercredi 14h-16h : Jeunes Sapeurs Pompiers (réservé aux élèves concernés par le dispositif)**
- Sorties exceptionnelles : activités de pleine nature (canoë, escalade, trottinette de descente ...)**

---

J'autorise mon enfant à quitter le collège pour la pause déjeuner de 12h35 à 13h30.

Je n'autorise pas mon enfant à quitter le collège pour la pause déjeuner de 12h35 à 13h30 (Merci de penser à prévenir et régler la gestion de l'établissement afin qu'ils prévoient un repas pour votre enfant).

---

Fait à ..... le: ...../ ...../ .....

Signature

**ATTENTION :**

**Tout comportement préjudiciable au bon fonctionnement de l'AS entraînera la radiation de l'élève et ceci sans aucune possibilité de remboursement.**

**Les élèves seront libérés de l'Association Sportive à 15h30.**

**Fournir avec cette autorisation :**

- 20 € de cotisation pour l'ensemble de l'année à l'ordre de l'Association Sportive de St PONS (10€ pour les JSP).
- 1 fiche d'urgence.

*Merci de bien vouloir mettre ces documents dans une enveloppe au Nom, Prénom et Classe de votre enfant.*

Mme KEMPF et M. PLANES



## PROTOCOLE D'URGENCE MEDICALE

**Référence** : Loi 2002-303 du 4 mars 2002.

Code de Santé Publique : art L 1111-4

Circulaire n° 151 du 29 mars 2004.

L'évolution législative en termes d'autorisation parentale pour intervention chirurgicale ou maladie ou accident d'un élève dans le cadre de sa fréquentation d'une école publique ou d'un EPLE a entraîné certaines modifications de nos pratiques.

Une autorisation générale de principe signée par les parents n'est plus recevable.

En cas d'urgence, face à un élève malade ou blessé, la décision d'intervention médicale doit être prise au cas par cas par le médecin régulateur du Centre 15, en cherchant le consentement des parents et/ou du mineur concerné.

### **Il en résulte que :**

Les familles doivent renseigner les rubriques de la fiche d'urgence afin d'être averties immédiatement. Les membres de l'enseignement public ont obligation d'avertir les parents par téléphone que l'élève a été évacué vers une structure de soins ou hospitalière afin qu'ils se mettent en relation avec ce service. Une copie de la fiche d'urgence sera remise aux professionnels de santé. L'évacuation de l'élève se fera en faisant appel au Centre 15 (SAMU).

**Ressource** : Cf. le Médecin Départemental de l'Inspection Académique

**Docteur Monique Baltazar 05 65 30 30 44**



## **DROIT A L'IMAGE** (pour les mineurs) *AUTORISATION PARENTALE*

Je soussigné(e).....père, mère, tuteur, représentant légal (1) de l'élève (2)..... en classe de ..... établissement.....

Autorise les organisateurs et dirigeants de l'UNSS a prendre des photos où pourraient figurer mon enfant dans le cadre des entraînements et des matches de l'UNSS (3).

Autorise la diffusion de celles-ci auprès des Partenaires de l'UNSS (3):

Presse locale, FR3 Midi Pyrénées, Site Internet UNSS et publications de l'UNSS.

Fait à .....le .....

Signature

- Rayer la mention inutile
- Indiquer Nom Prénom du jeune.
- Rayer en cas de refus d'autorisation.

En cas de refus de la famille, le jeune devra se signaler au photographe, et sortir du champ pour ne pas apparaître sur les clichés.



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

Etablissement scolaire : .....Année scolaire:.....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

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 s'efforcera 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 numéro 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 urgentistes.