**L’ASSOCIATION SPORTIVE DU LYCEE FLORA TRISTAN** **2022-2023**

**Lieu de pratique sportive, lieu de convivialité**

**Les objectifs :**

* permettre une pratique de compétition ;
* développer le goût d’une pratique physique régulière ;
* améliorer sa préparation aux examens ;
* organiser, dynamiser la vie sportive du lycée ;
* impliquer les élèves dans une vie associative, etc.

**Les activités proposées le mercredi après-midi** :

* Sports collectifs : foot, hand, basket, rugby, volley ;

*(à définir en fonction du nombre d’élèves intéressés)*

* Badminton, tennis de table
* Musculation, entretien, cross-fitness
* Pétanque

.

Des entraînements sont proposés les mercredis après-midi (13h30-16h30), les mardis en soirée (17h-18h30) au gymnase de Camblanes ou de l’Aérocampus selon l’emploi du temps de l’élève.

Des rencontres entre les lycées du secteur, des sorties à caractère sportif seront organisées tout au long de l’année.

**L’assemblée générale ainsi que le Comité Directeur auquel chaque adhérent sera appelé à participer décideront en début d’année, plus précisément, du programme et du fonctionnement de l’association pour 2019/2020.**

**CONDITIONS D’ADHESION** (permettant la pratique **d’une ou plusieurs activités**) :

* **l’autorisation parentale ci-dessous ;**
* **un** **chèque de 15 euros***(à l’ordre de l’association sportive du lycée Flora Tristan) ;*
* **une photo d’identité** ;
* **un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive compétitive :** le modèle joint est à faire remplir au plus vite lors d’une visite chez le médecin.

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), Mme, Mr……………………………………….….………….…...

Responsable de l’élève :…………………..……………………………….……….., en classe de : ………….…………………………

Né(e) le : …………………………………………………

Activité(s) souhaitée(s) : ………………………………………………………………………………………..…………………………………

L’autorise à participer aux activités de l’Association sportive du lycée Flora Tristan

Autorise en cas de besoin les Professeurs à le transporter dans leur véhicule personnel ou celui de l’établissement.

Autorise le professeur responsable ou l’accompagnateur, à faire pratiquer, en cas d’urgence, une intervention médicale ou chirurgicale : oui ou non (rayer la mention inutile)

Adresse et n° de tél. à contacter en cas d’urgence : ……………………………………………………………………………….

Fait à …………………………………..…………..………………., le ……………………………………………………….......................

Signature :

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**

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

**Je soussigné(e) ......................................................................................................................................**

**Docteur en médecine, demeurant .........................................................................................................**

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 seulement les sports contre-indiqués) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **SPORTS-COLLECTIFS SPORTS DE BALLE**Basket-ballBase-BallFoot-BallHand-BallRugbyVolley-Ball | **SPORTS DUELS**BoxeBadmintonTennis-de-table |
| **SPORTS NAUTIQUES**Canoë KayakNatationSurf | **AUTRES SPORTS INDIVIDUELS**AthlétismeBiathlonTriathlonCrossCyclisme, V.T.T.Tir à l'ArcSports équestresBike and Run |
| **SPORTS D'EXPRESSION**DanseGymnastiqueGymnastique acrobatique  | **SPORTS DE PLEIN AIR**Course d'OrientationEscalade |
| **Autres (préciser) :** |

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

Signature et cachet du Médecin :