



Adhésion à l'Association Sportive (LEGTPA La Brosse)

LYCÉE GÉNÉRAL
TECHNOLOGIQUE AGRICOLE
D'AUXERRE LA BROSSSE

« Les Brossards Sportifs » 2026~2027 EPL Terres de l'Yonne site La Brosse 89290 VENOY



permettant de pratiquer des activités sportives hors EPS.

RENSEIGNEMENTS ÉLÈVE

Classe : _____ Nom & Prénom _____
Né(e) le : _____ à : _____ Sexe : F M
Téléphone portable de l'élève : _____ Mail de l'élève : _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom)

mère, père, tuteur de l'élève (Nom et Prénom)

en classe de _____ autorise :

la participation aux activités organisées par l'Association Sportive sur l'établissement et à l'extérieur.

l'utilisation de photos pour la promotion de l'AS.

le professeur responsable ou l'accompagnateur, à prendre, en cas d'accident, toute mesure dictée par l'urgence.

Pour participer aux différentes activités et compétitions de l'association sportive, il faut :

1. une autorisation du parent responsable légal (formulaire ci-dessus)
2. acquitter la cotisation de 20 € qui couvrira le coût de l'assurance obligatoire.
3. les élèves sont assurés à la MAIF, mais ils peuvent souscrire une assurance complémentaire de 12,80 € TTC. Je souhaite souscrire cette option facultative et supplémentaire apportant des garanties individuelles complémentaires « IA Sport+ ». Dans ce cas, la souscription à l'AS est de 32,80 euros. OUI NON
4. Un certificat médical sera demandé seulement pour la pratique de certaines activités (rugby, boxe, tir sportif)
5. Règlement de la licence UNSS (20 € ou 32€80 avec assurance « IA Sport+ ») en espèce ou en chèque à l'ordre des « Brossards Sportifs » n° du chèque

Fait à _____ le _____

SIGNATURE, précédée de la mention « lu et approuvé » :

PERSONNES à prévenir en cas d'URGENCE :

Mère	Père	Autre (précisez) :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :	Ville :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél travail :	Tél travail :	Tél travail :
Tél portable :	Tél portable :	Tél portable :
Mail :	Mail :	Mail :
Nom du MÉDECIN TRAITANT :		
Adresse :		
Téléphone :		

Je certifie,

Madame Monsieur, Nom & Prénom

avoir eu connaissance des documents concernant l'assurance complémentaire, le règlement sportif

fédéral, le droit à l'image ainsi que la RGPD que je retrouve ci-dessous.

Fait à

Le

SIGNATURE , précédée de la mention « lu et approuvé »