

 ST Rémy Vittel Tennis de Table

# Je soussigné,

**TEST DE SELECTION**

**SAMEDI 16 MARS 14H-17H**

**SALLE DACOURY**

**SECTION SPORTIVE**

**TENNIS DE TABLE**

**TEST DE SELECTION**

**Date limite de dépôt du dossier :**

**12 mai 2019**

# Nom........................................................................... Prénom .....................................................

Adresse n°........... Rue ..................................................................................................................

Ville................................................................... Code postal................................................... Téléphone ................................/.....................................Couriel : …………………………………..

Responsable légale de :

Nom .......................................................................... Prénom .................................................

Date de naissance ..................................................... Nationalité ...................................................

Sexe ..............................

Etablissement scolaire fréquenté en 2018/2019............................................................................. Classe ........................

Pratique du tennis de table :  Jamais pratiqué  Ecole Collège UNSS  Club de ……….....................

Autorise mon enfant à participer à la journée de recrutement de la Section Sportive Tennis de table du collège et puisse intégrer cette structure à la prochaine rentrée scolaire si sa candidature est retenue.

Je certifie par ailleurs que l’enfant nommé ci-dessus est bien assuré contre les accidents pouvant intervenir au cours de la pratique sportive, conformément à la réglementation en vigueur.

Je déclare dégager le collège Jules Verne de Vittel et le club de tennis de table de Vittel de toute responsabilité en cas d’accident qui pourrait survenir.

En outre, j’autorise le responsable à prendre toute mesure d’urgence, en cas d’accident, à faire transporter mon fils dans un établissement hospitalier le plus proche pour y recevoir des soins ou subir toute intervention chirurgicale jugés nécessaires par le médecin.

Fait à ……………….le ………………..

Signature des parents

 (Précédée de la mention "lu et approuvé")