



Année scolaire 2019/2020



CLASSES AVIRON

I - DEMANDE DE L'INTERESSE(E) & DE SON REPRESENTANT LEGAL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Nom Représentant Légal :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel représentant légal :@.....

Profession du père :

Profession de la mère :

Etablissement scolaire fréquenté en 2017/2018:.....

Signatures de l'élève et de son représentant légal :

II – RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Club :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Nombre d'années de pratique de l'aviron :

Nombre d'entraînements hebdomadaires :

Avis de l'entraîneur sur la capacité de l'élève à suivre une scolarité aménagée :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature

Cachet du club

NB : Joindre les 3 bulletins au dossier



CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné, Docteur :

- Certifie que l'état de santé de :

Nom :Prénom :

Date de naissance :

Lui permet la pratique de l'aviron (entraînements et compétitions au sein de l'association sportive du lycée du Noorderover et dans le cadre d'une scolarité aménagée.

Remarques éventuelles :

Date :

Signature & cachet du médecin :