

TRANSMISSION DE RESPONSABILITÉ A L'OCCASION D'UN DEPLACEMENT UGSEL

CHEF D'ETABLISSEMENT

Je soussigné(e)
Directeur - Directrice du collège ou lycée :

.....
Ville
demande à Mme - Melle - M. :

.....
professeur EPS (ou autre fonction) au collège ou lycée :

.....
Ville
de prendre en charge durant le trajet et le déroulement
du championnat UGSEL de :

.....
qui a lieu à

.....
du (date)

.....
au (date)
le ou les élèves suivants :

.....
scolarisés dans mon établissement et l'autorise à prendre
en mon nom toute décision qu'il jugera nécessaire.

Les parents ont donné leur accord et ont signé une
autorisation donnant le droit au médecin consulté de
prendre toutes les décisions d'intervention, y compris
l'anesthésie générale. Cette autorisation est agrafée à la
licence de l'élève.

Fait à le
Signature du Chef d'Etablissement
et cachet de l'Etablissement **OBLIGATOIRES**.

PROFESSEUR

Je soussigné(e)
professeur EPS (ou autre fonction) au collège ou lycée :

.....
Ville
accepte la demande de prise en charge établie par Mme -
Melle - M. :

.....
Directeur - Directrice du collège ou lycée :

.....
Ville
pour le championnat UGSEL de :

.....
qui a lieu à

.....
du (date)

.....
au (date)
pour le ou les élèves suivants :

.....
Ce faisant, je m'engage à veiller sur la bonne tenue
morale et physique de cet ou ces élèves dès lors qu'ils se
trouvent sous ma responsabilité.

Fait à le
Signature,

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)..... Père, Mère, Tuteur⁽¹⁾

ou

Nous soussignés.....

autorise - autorisons notre fille - fils ⁽¹⁾ (Nom - Prénom) :.....

né(e) le :.....

scolarisé(e) à (Etablissement) :.....

1) A participer au Championnat départemental - régional - national ⁽¹⁾

de (discipline) :.....

le(s) (dates) :.....

organisé par l'U.G.S.E.L. à (lieu) :.....

2) A se déplacer avec la personne responsable (Nom - Prénom) :.....

DEPART prévu le (date) :..... à (lieu) :.....

RETOUR le (date) :..... à (lieu) :.....

autorise - autorisons M....., les Responsables de l'organisation et le médecin consulté à prendre toutes décisions en cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention, y compris chirurgicale, avec pratique (si nécessaire) de l'anesthésie générale.

autorise la sortie de mon enfant de l'établissement hospitalier sur autorisation médicale.

Coordonnées des parents ou de la personne à prévenir :

.....
.....

Tél. personnel :..... Horaires :.....

Tél. professionnel :..... Horaires :.....

OBSERVATIONS (Notamment contre-indications médicales éventuelles)

A..... le.....

Signature(s),

⁽¹⁾ Rayer la ou les mentions inexactes.