



Tests d'entrée à l'option EPS

Mercredi 19 juin 2019

13h – 17h30



Nom : _____ Prénom : _____ Collège : _____

Ville de résidence familiale : _____

AUTORISATION PARENTALE

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable des épreuves de tests fera appel à un médecin, au SAMU, et vous préviendra le plus rapidement possible. Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :

N° téléphone où vous pouvez être joints rapidement : _____

PERE :..... MERE : AMI / PROCHE :.....

Je, soussigné(e), père, mère, tuteur, représentant légal * :

- autorise né(e) le à participer aux différentes activités de sélection de l'après-midi du 19 juin 2019.**
- autorise tout transport, examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire.**
- autorise le professeur responsable à demander l'admission en établissement de soins.**

** la participation aux tests implique l'acceptation de toutes les conditions ci-dessus.*

Fait à le..... Signature