



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS,  
chargé de la vie associative  
*Union du Sport Scolaire Polynésien*

**Lycée Tuianu Le Gayic PAPARA**

**AUTORISATION PARENTALE 2022-2023**

**Entourez le ou les activités souhaitées :**

Cross	Basket-ball	Volley ball	Va'a	Danse
Santé/Loisir Découverte d'activités		Surf/ Bodyboard	Natation/ Sauvetage	Sports de raquette

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :**

**Je soussigné(e) :** \_\_\_\_\_  
Père, Mère ou Tuteur (*entourez la fonction*)

Demeurant à : \_\_\_\_\_

**Autorise l'élève :** .....Sexe : F / M.

**Né(e) le :** \_\_\_\_\_ **à** \_\_\_\_\_ **Classe :** \_\_\_\_\_  
Régime : Interne - DP – externe (Rayer la mention inutile)

**Téléphone du Domicile/Travail (mère) :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Téléphone du Domicile/Travail (père) :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

à faire partie de l'Association Sportive de son Etablissement d'Enseignement et j'accepte que les responsables de l'Association Sportive et/ou de l'U.S.S.P. autorisent, en mon nom, son transport vers un centre de soin si urgence constatée ou sur demande des secouristes.

Pour une éventuelle intervention médicale, quel est le centre souhaité.

**Centre souhaité :**           Clinique    Paofai    Cardella

Centre Hospitalier du Territoire

Dispensaire de .....

Fait à ..... le .....

**Signature :**

Cotisation 2022/2023 (partie à remplir par un enseignant d'EPS) :

- Reçu le .....1500Fcp (chèque ou espèce)
- Pour les élèves internes, cotisation AS à 500fcp si adhésion à la MDL
- Pour les élèves boursiers, cotisation AS prise en charge (demande de fonds sociaux)



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS,  
chargé de la vie associative  
*Union du Sport Scolaire Polynésien*

**Lycée Tuianu Le Gayic PAPARA**

**AUTORISATION PARENTALE 2022-2023**

**Entourez le ou les activités souhaitées :**

Cross	Basket-ball	Volley ball	Va'a	Danse
Santé/Loisir Découverte d'activités		Surf/ Bodyboard	Natation/ Sauvetage	Sports de raquette

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :**

**Je soussigné(e) :** \_\_\_\_\_  
Père, Mère ou Tuteur (*entourez la fonction*)

Demeurant à : \_\_\_\_\_

**Autorise l'élève :** .....Sexe : F / M.

**Né(e) le :** \_\_\_\_\_ **à** \_\_\_\_\_ **Classe :** \_\_\_\_\_  
Régime : Interne - DP – externe (Rayer la mention inutile)

**Téléphone du Domicile/Travail (mère) :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Téléphone du Domicile/Travail (père) :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

à faire partie de l'Association Sportive de son Etablissement d'Enseignement et j'accepte que les responsables de l'Association Sportive et/ou de l'U.S.S.P. autorisent, en mon nom, son transport vers un centre de soin si urgence constatée ou sur demande des secouristes.

Pour une éventuelle intervention médicale, quel est le centre souhaité.

**Centre souhaité :**           Clinique    Paofai    Cardella

Centre Hospitalier du Territoire

Dispensaire de .....

Fait à ..... le .....

**Signature :**

Cotisation 2022/2023 (partie à remplir par un enseignant d'EPS) :

- Reçu le .....1500Fcp (chèque ou espèce)
- Pour les élèves internes, cotisation AS à 500fcp si adhésion à la MDL
- Pour les élèves boursiers, cotisation AS prise en charge (demande de fonds sociaux)