

Programme CHAMPS d'activités sportives et de mise en forme

Formulaire de participation des élèves-athlètes : Saison 201__

Établissement scolaire : _____

Nom de l'élève (en caractères d'imprimerie) :	Pratique/activité sportive :
Date de naissance :	Date de début de l'activité sportive :
Numéro OSIS (à neuf chiffres) :	Date de fin de l'activité sportive :
Classe :	
Niveau scolaire :	

Mère, père, tuteur de l'élève susmentionné(e), j'autorise, par la présente, mon enfant à faire partie de l'équipe indiquée et à participer à toutes les activités que cela implique, sous la direction de l'établissement scolaire/de l'entraîneur. Je comprends parfaitement que mon enfant sera tenu(e) de participer régulièrement aux entraînements et rencontres programmés à travers la ville.

Je suis conscient(e) que mon enfant est responsable, à tous moments, de ses actes, et accepte de ne pas réclamer à l'établissement scolaire, ni à aucun de ses employés, la prise en charge de dépenses ou la réparation de dommages encourus suite à la manière dont mon fils (ma fille) s'est comporté(e). J'ai aussi compris qu'en cas d'entorse au code de discipline de l'établissement scolaire, mon enfant risque d'être renvoyé(e) de l'équipe.

J'accepte la responsabilité de rendre tout équipement/tous les uniformes fournis par l'établissement scolaire à mon enfant.

Je sais que mon enfant fera les trajets aller-retour, en transports publics sans être accompagné(e), ou accompagné(e) s'il(elle) se déplace en bus utilisé avec l'aval du Département de l'Éducation de la Ville (DOE), pour se rendre à tous les entraînements et rencontres programmés, conformément aux conditions décrites dans le paragraphe ci-après sous le titre Présentation détaillée des activités, et je lui en donne la permission. Je confirme formellement que mon enfant a été examiné(e) par un médecin au cours de l'année passée et que ce dernier l'a déclaré(e) apte à toutes pratiques sportives et exercices physiques. J'accepte d'informer l'établissement scolaire de toutes modifications, de l'état de santé et du niveau de forme physique de mon enfant, qui se produiraient ou seraient découvertes, à tous moments, après la date de signature de ce document.

J'accepte qu'en cas de blessure ou de maladie de mon enfant, les employés du Département de l'Éducation de la Ville (DOE), responsables de l'équipe ou de l'organisation des rencontres, agissent en mon nom et à ma charge financière, pour le(la) soigner. Je sais que tout sera tenté pour me contacter avant tout traitement médical.

PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ACTIVITÉS			
<i>*Tous les éléments ont été approuvés par le chef de l'établissement scolaire</i>			
Activités sportives :	Jour	Heure de début <i>(am pour matin, pm pour après-midi)</i>	Heure de fin <i>(am pour matin, pm pour après-midi)</i>
*Site(s)/Lieu de la pratique et de déroulement des activités :	Lundi		
Détails des déplacements (si l'enfant se déplace, précisez s'il(elle) le fera en bus public, à pieds, accompagné(e) ou non par un employé du DOE etc.) :	Mardi		
*Lieu précis d'où les enfants pourront rentrer chez eux en fin de séance [(ex. : collège d'origine, autre établissement scolaire (précisez son matricule DBN), terrain de sport (donnez-en le nom) listés plus haut)] :	Mercredi		
*Indiquez le ou les autres sites (ex. : si le basket n'est pas pratiqué dans l'établissement scolaire d'origine le samedi, précisez le DBN des bâtiments scolaires)	Judi		
*Nom du professeur de sport - entraîneur en charge :	Vendredi		
*Coordonnées du professeur de sport - entraîneur en charge & autres renseignements :	Samedi		
	Dimanche		

Établissement scolaire : _____

Page 2 sur 2

COMMOTION CÉRÉBRALE CHEZ LES JEUNES SPORTIFS

J'AI REÇU ET LU la documentation sur la Commotion cérébrale chez les jeunes sportifs : Fiche d'information pour les parents. J'ai compris que si mon enfant est victime d'une commotion cérébrale, il(elle) sera immédiatement sorti(e) du terrain/match, ne pourra rejouer avant au moins 24 heures, son retour à la pratique sportive n'étant possible que suite à autorisation médicale. La reprise de l'apprentissage sportif et des exercices physiques devra se faire progressivement et en respectant toutes les recommandations du corps médical.

AUTORISATION À PHOTOGRAPHER OU FILMER UN ÉLÈVE ET À UTILISER SON IMAGE À DES FINS NON-LUCRATIVES (ÉDUCATIVES, D'INTÉRÊT GÉNÉRAL OU POUR SENSIBILISER UN PUBLIC À DES THÈMES LIÉS À LA SANTÉ PAR EXEMPLE) : PRIÈRE DE COCHER LA CASE EN FACE DE L’AFFIRMATION QUI CONVIENT

JE CONSENS, PAR LA PRÉSENTE, à ce que le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) interviewe mon fils/ma fille, utilise ses déclarations, le(la) photographie ou le(la) filme quand il(elle) participe aux rencontres de la Ligue sportive et de mise en forme des collégiens CHAMPS.

Je donne aussi au DOE le droit de modifier, et d'utiliser, à une ou plusieurs reprises, lesdits photographies et enregistrements vidéo où figure mon enfant, avec ou sans des données relatives à ses performances sportives en tant que CHAMPS, son nom, son établissement scolaire ou son grade, par le biais de tout média soutenu par le DOE, y compris en les diffusant conjointement via des supports imprimés ou l'Internet, ces clichés et vidéos pouvant être publiés sur le site web des CHAMPS, à condition que ce soit exclusivement à des fins éducatives, de sensibilisation aux questions de santé, ou pour d'autres motifs non-lucratifs. Je dégage aussi, par la présente, la Ville de New York et son Département de l'Éducation (DOE), leurs mandataires et employés, de toutes responsabilités en cas de réclamation ou demande en rapport, de près ou de loin, avec les photographies et vidéos susmentionnées. J'accepte que toutes les photographies et enregistrements vidéo restent la propriété du DOE. Je suis conscient(e) que mon enfant ne recevra aucune compensation/rémunération pour sa présence sur les image(s) ou vidéo(s).

Je sais aussi que les médias peuvent être présents à diverses rencontres des CHAMPS et qu'ils pourraient photographier ou filmer mon enfant.

JE N'AUTORISE PAS le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE), ni tout autre organisme apportant son soutien aux CHAMPS, à interviewer, photographier, filmer mon fils(ma fille), ni à ce qu'ils diffusent des extraits de son discours ou enregistrent des vidéos contenant son image. Je sais néanmoins qu'il se peut que des médias, présents lors de diverses rencontres des CHAMPS, photographient ou filment mon enfant.

DÉCHARGE GLOBALE DE RESPONSABILITÉS

Sauf en cas de négligence de la part des responsables scolaires, je dégage, par la présente, le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE), ses employés et responsables nommés ou élus, de toutes responsabilités, et obligations suite à réclamations, liées à la participation de mon enfant aux activités des CHAMPS et aux droits accordés ci-dessus.

En cas d'urgence, merci de me (mère/père/tuteur) contacter aux coordonnées suivantes :

Tél. professionnel : _____ Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Nom du parent/tuteur (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Signature du parent

Signé le