



# 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<sup>(1)</sup>

n° de sécurité sociale : ..... Mutuelle : .....

- **AUTORISE ma fille - mon fils** <sup>(1)</sup> (Nom - Prénom) : .....  
né(e) le : .....  
scolarisé(e) à (Etablissement) : .....

**1) A participer au Championnat départemental - régional - national** <sup>(1)</sup>

de (discipline) : .....  
le(s) (dates) : .....  
organisé par l'UGSEL à (lieu) : .....

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

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

- **AUTORISE en mon nom 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,

<sup>(1)</sup> Rayer la ou les mentions inexactes.