



## Tests d'entrée à l'Option EPS

Mercredi 12 juin 2024

13h30 – 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 12 juin 2024.
- 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