

**D.C. Département du Sport des Écoles Publiques  
Association du Sport Interscholaire du District de Columbia****CONSETEMENT DE PARTICIPATION SPORTIVE (CONSENT FOR ATHLETIC PARTICIPATION)**Au directeur de : \_\_\_\_\_  
Nom de l'école (Name of School)RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE : \_\_\_\_\_  
(Student Information) NOM COMME IL APPARAÎT SUR LE BULLETIN DE NAISSANCE NIVEAU (Grade)  
(Name as it appears on Birth Certificate)DATE DE NAISSANCE (Date of Birth) ÂGE AU 1<sup>ER</sup> (Age on August 1st) ANNÉE SCOLAIRE (School Year)RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_  
(Residence) ADRESSE POSTALE (Street Address)TÉLÉPHONE PRINCIPAL : \_\_\_\_\_ ADRESSE COURRIEL DU PARENT/TUTEUR : \_\_\_\_\_  
(Primary Phone) (Parent/Guardian Email Address)**AUTORISATION DE PARTICIPATION DE L'ÉLÈVE (STUDENT PARTICIPATION PERMISSION)**

**La participation à des compétitions sportives peut entraîner des blessures graves, y compris la paralysie ou la mort. L'amélioration des équipements, des traitements médicaux et un conditionnement physique, ainsi que des changements dans la réglementation, ont permis de réduire ces risques, mais il est impossible de les éliminer de l'athlétisme.**

Je donne mon consentement pour que l'élève susmentionné représente son école dans **TOUS LES SPORT** programmes offerts (**en présaison, en cours de saison et après saison**), y compris pour les voyages locaux ou à l'extérieur de l'équipe.

SAUF (Except): \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION :** Avant de participer à des programmes et/ou voyages interscolaires, tous les élèves (de 18 ans ou plus) ainsi que les parents/tuteurs d'élèves-athlètes mineurs qui souhaitent participer à ces programmes et/ou voyages doivent signer ce formulaire et sont tenus de renoncer à toutes réclamations contre les Écoles publiques de DC, ses employés et le District of Columbia pour toute blessure, accident ou maladie survenant pendant ou en raison de la participation à un programme sportif et/ou un voyage interscolaire. J'accepte la responsabilité d'informer l'école de tout changement ultérieur de cette information. Les élèves participant à des compétitions sportives peuvent être photographiés lors de la compétition.

Je, parent ou tuteur du demandeur mineur, par les présentes, accepte que les Écoles publiques de DC ou leur représentant, puissent enregistrer sur bande vidéo, photographier et enregistrer la voix du demandeur mineur ci-mentionné, pour les médias, le marketing ou à des fins promotionnelles liées à sa participation au Programme Sportif des Écoles Publiques de DC. Cela peut inclure l'affichage en ligne, l'affichage de photos et d'autres possibilités promotionnelles.

**J'ai lu ce formulaire et je comprends les règles ci-inclues, et les informations fournies sont exactes et correctes au mieux de ma connaissance.**

SIGNATURE du parent / tuteur légal / élève (18 ans ou +) (Signature of Parent/Legal Guardian/Student (18 years +)) \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

RELATION AVEC L'ÉLÈVE Numéro de téléphone domicile/travail Téléphone cellulaire ou autre numéro  
(Relationship to Student) (Home/Work Telephone) (Cell Phone or Alternative Number)( ) Je suis/mon enfant est couvert par une assurance médicale ( ) je ne suis pas / mon enfant n'est pas couvert par une assurance maladie  
(I am/my child is covered by Medical Insurance) (I am not/my child is not covered by Medical Insurance)