

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

UE OPTION EPS

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 25 OCTOBRE 2024 A 12H00

N° d'étudiant :

NOM : Prénom :

Adresse postale :

CP : VILLE :



:

Mail :@.....

FILLIERE D'ETUDE

Filières : Médecine Purpan / Médecine Rangueil / Odontologie / Pharmacie / Paramédical / FSI / IUT
(Rayer les mentions inutiles)

Spécialités :

Année d'étude :

Les étudiants inscrits à la F2SMH ou étant en L1 n'ont pas accès à l'UE Sport.

ACTIVITE SPORTIVE CHOISIE

Transmission de cette fiche au secrétariat du SUAPS

Je soussigné(e), (Nom et Prénom) : _____ déclare :

☐ Demander mon inscription en _____ (préciser le sport choisi)

Pratique au

☐ Semestre 1

☐ Semestre 2

☐ Année

Étudiants inscrits en Pharmacie :

Choix de la note au

☐ Semestre 1 (3ects)

☐ Semestre 2 (3ects)

☐ S1 + S2 (6ects)

- ☐ Avoir vérifié auprès de ma scolarité la possibilité de prendre l'option/UE sport.
- ☐ Avoir pris connaissance des modalités d'inscription et des modalités d'évaluation, ainsi que du règlement intérieur du SUAPS.
- ☐ Certifie ne présenter aucune contre-indication à la pratique du sport et être en possession d'un certificat médical.

SIGNATURE DE L'ETUDIANT

SIGNATURE DE L'ENSEIGNANT :

(Rayer la mention inutile)

- ☐ J'autorise le SUAPS à utiliser sur ses outils de communication les images sur lesquelles je figure
- ☐ Je m'oppose à l'utilisation de mon image.

Merci de renvoyer la fiche signée à : polesport.ue@univ-tlse3.fr