

## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION UE OPTION EPS

**DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 27 OCTOBRE 2023 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 Pôle Sport

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 Pôle Sport.
- 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 Pôle Sport 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](mailto:polesport.ue@univ-tlse3.fr)