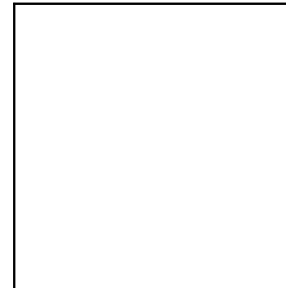




COLLÉGIEN BOXE FRANÇAISE



Photo

Inscription : Saison 2023/2024

Le licencié : **Savate Boxe Française** **Savate Forme**

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Téléphone(s) : Adresse mail :

(Pour les mineurs, le représentant légal) (Pour les mineurs, le représentant légal)

Adresse complète :

Personne à prévenir en cas d'urgence (adultes et mineurs) :

NOM : Prénom : Qualité : Téléphone :

Nom du médecin de famille :

Téléphone du médecin de famille :

J'autorise / je n'autorise pas* le club à utiliser et publier mon image sur tout support (papier, informatique, vidéo, site internet)

Fait à, le/...../.....

Signature:

POUR LES MINEURS :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),, représentant légal de l'enfant

- autorise, les dirigeants du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident survenu durant la pratique de la boxe française.
- autorise / n'autorise pas* la participation de mon enfant aux activités du club (sorties, transport en car ou voiture particulière,...)
- autorise / n'autorise pas* mon enfant à se rendre ou à partir du club seul.
- autorise / n'autorise pas* le club Collégien Boxe Française à utiliser et à publier l'image de mon enfant dans le cadre de son activité, sur tout support (site internet, papier, vidéo, informatique,...)

Adresse complète du représentant légal si différente de celle de l'enfant:

.....

.....

Fait à, le/...../.....

Signature du représentant légal :

*Rayer la mention inutile

Joindre à cette fiche

- 2 photos d'identité
- Un certificat médical stipulant l'aptitude à la pratique de la Boxe Française
- La fiche d'inscription signée ainsi que les autorisations

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DU CLUB

Ne pas remplir

Montant de la cotisation :

Savate Forme : 150€

Savate Boxe Française : 210€ (collégeois) 220€ (non collégeois)

SF et SBF : 240€ (collégeois) 250€ (non collégeois)

Paiement en espèce : (un seul versement)

Paiement en chèque : 1 x 2 x 3 x

Numéro des chèques :

1 : Date d'encaissement prévue :

2 : Date d'encaissement prévue :

3 : Date d'encaissement prévue :

Document remis :

Certificat médical : Date de délivrance : / /

Photos d'identité :

Numéro de licence :