COLLÉGIEN BOXE FRANÇAISE

Inscription : Saison 2022/2023

Photo

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 :

Enfant : 100€ (collégeois) ☐ 110€ (non collégeois) ☐
Savate Forme : 110€ ☐
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 :