

BOXING VERBERIE

boxingverberie@hotmail.fr

FICHE D'INSCRIPTION CLUB BOXING VERBERIE SAISON 2018 - 2019

Ecrire lisiblement:

Mme Mlle Mr

Nom :

Prénom :

PHOTO

Adresse :

Code postal

Ville :

Tél Portable :

Mail :

Date de naissance :

Poids :

Sport(s) de combat(s) pratiqué(s) :

Niveau :

Je reconnais que, conformément aux textes ministériels en vigueur, le certificat médical est obligatoire pour tous les pratiquants et qu'à cet effet je m'engage à ce qu'il soit rempli et signé par un médecin, puis remis au bureau du club ou à l'entraîneur au plus tard une semaine après le début de mes entraînements auquel je participerai et en terme de communication on utilisera internet et les réseaux sociaux.

En tant qu'adhérent, je m'engage à participer à toutes les activités et manifestations organisées par la section et j'autorise l'utilisation de mon droit à l'image pour l'illustration de la section ou autre support à caractère informatif.

Fait à :

le :

Signature :

IMPORTANT : Pour les enfants mineurs

A remplir par le père, la mère, le tuteur ou toute personne ayant l'autorité parentale sur l'enfant inscrit.

Rappel : La responsabilité de l'entraîneur débute à la porte de la salle.

Vous devez déposer et récupérer vos enfants mineurs à la salle et non pas à l'extérieur.

Je soussigné(e),

Autorise mon enfant :

Agé(e) de _____ ans, :

A pratiquer les sports de combats enseignés au sein du club **BOXING VERBERIE** et être soigné.

Fait à :

le :

Signature du représentant

:

Pièces à fournir pour l'inscription :

- 2 photos d'identité, 1 certificat médical, règlement de la cotisation (*si chèque à l'ordre de Boxing Verberie*)

+18 ans: 170€ 14-18 ans: 140€ -10/14 ans: 120€ -10 ans: 100€ -10% ext verberie Maillot

SITE INTERNET DU CLUB : www.boxingverberie.com

1 / 2

Total à payer:.....

BOXING VERBERIE

boxingverberie@hotmail.fr

| AUTORISATION PARENTALE DE SOINS (mineurs) | CERTIFICAT MEDICAL |
|---|--|
| Je soussigné,..... (père / mère / responsable légal) | Je soussigné Docteur en médecine,..... Certifie que l'état de santé de Mr/Mme/Mlle : Nom..... Prénom..... Né(e) le..... Ne présente pas à ce jour de contre - indication, cliniquement apparente à la pratique de : |
| AUTORISE mon enfant..... (Nom, prénom, numéro de licence) | <input type="checkbox"/> Boxe Pieds-Poings, En : Compétition <input type="checkbox"/> Entraînement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aéro - Kick, |
| A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions de la Fédération et des entraînements du club Boxing Verberie. | Cette autorisation est valable pour la saison 2018 - 2019 A le..... |
| Cette autorisation est valable pour la saison 2018 - 2019 | Signature : Cachet : <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin-left: auto;"></div> |
| A....., le..... Signature : Nom et Numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas d'accident : | |

Mode de paiement : possibilité de paiement en 3 fois

Chèques Espèces Pass' sports Remise Mairie passeport +20 € - 20% pour les résidents de verberie

SITE INTERNET DU CLUB : www.boxingverberie.com

2/2