



BOXE FRANCAISE VANDOEUVRE

Fiche d'inscription



Cadre réservé au club	
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} adhésion	<input type="checkbox"/> Renouvellement
Cotisation	Montant réglé: <input type="checkbox"/> 150€ Savate <input type="checkbox"/> 130€ (Etudiant) <input type="checkbox"/> 110 € (Jeune) <input type="checkbox"/> 100 € (Savate Forme/Kick-Thai)
Certificat	Mode de règlement: <input type="checkbox"/> Espèces..... <input type="checkbox"/> Chèques..... <input type="checkbox"/> TJ/PassSport..... <input type="checkbox"/> CAF
Photo	Observations :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / / à Nationalité.....

Nom des parents ou du représentant légal.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : - - - Profession.....

Téléphone (parent si mineur) - - -

Information(s) médicale(s) à savoir :

Personne à contacter en cas d'accident (Nom et tél):

Docs à fournir pour l'adhésion: Cotisation / Certificat Médical / Photo

Je soussigné(e), dont le nom figure ci-dessus, autorise le club BF Vandœuvre, à prendre toute disposition en accord avec le corps médical en cas d'accident.

J'autorise le club BF Vandœuvre à diffuser ou publier les photos prises dans le cadre de l'activité sportive.

Je m'engage également au respect de son règlement intérieur, des règles sportives et donne procuration lors de l'assemblée générale annuelle si je suis absent.

Je suis informé(e) de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire à la FFSBF (Option 1: 70 € / Option 2: 100 €).

Fait à : **Le :** **Signature**

Acceptés : tickets jeunes, cap sport, pass' sport culture, chèques vacances, pass loisir caf..
Supplément de 2 € pour le traitement des Chèques Vacances et Coupons Sports

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION OU EN LOISIR

Je soussigné (e)
 Docteur en Médecine, demeurant

Certifie avoir examiné Mr , Mme, Mlle
 né (e) le

et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe critique apparent contre indiquant la pratique de la savate boxe française.

Fait à, le **Cachet et signature du médecin**