

Cadre réservé au club	
	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} adhésion <input type="checkbox"/> Renouvellement
Cotisation	Montant réglé : <input type="checkbox"/> 160€ Savate <input type="checkbox"/> 120€ (Jeune) <input type="checkbox"/> 220€ Savate / kick
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 : Email :

Téléphone : - - - - Profession

Téléphone (parent si mineur) - - - -

Information(s) médicale(s) à savoir :

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

Autorisation à repartir seul : oui / non : Personne venant chercher l'enfant :

Fiche d'inscription

Docs à fournir pour l'adhésion:

Cotisation

/ Certificat Médical / Photo

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

J'autorise le club OFP Boxe 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.

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
médecin

Cachet et signature du

Fait à : Le : Signature