

photo à coller

**NOM :** \_\_\_\_\_  
**PRENOM :** \_\_\_\_\_  
**SEXE :**  Femme  Homme  
**NATIONALITE :** \_\_\_\_\_  
**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_  
**N° de Sécurité Sociale :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE COMPLETE \* :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E-MAIL \* (consulté régulièrement) :**

\* à renseigner avec exactitude, merci d'écrire lisiblement

**COORDONNÉES \* :**

**Domicile :** \_\_\_\_\_

**Portable :** \_\_\_\_\_

Pour les mineurs, indiquer celui des parents

**Autre (préciser) :** \_\_\_\_\_

**Cession de droit à l'image (pour tous)**

Je soussigné \_\_\_\_\_ autorise l'association à utiliser mon image ou celle de mon enfant pour la promotion du club, ce sur tout support (photos, vidéos...) et à toute destination (presse, internet...)

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter tous les articles.

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

**Signature** (précédée de la mention lu et approuvé)

**Pour les mineurs uniquement:**

**Responsable légal :**  Mère  Père  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Nom du responsable : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

autorise  n'autorise pas

un enseignant, un dirigeant ou un bénévole du club à transporter dans leur véhicule personnel, mon enfant, lors de déplacements organisés par le club. De ce fait, je décharge de toute responsabilité les personnes indiquées ci-dessus.

donne  ne donne pas

mon autorisation afin que mon enfant reçoive en cas d'accident tous les soins nécessaires à son état et soit éventuellement hospitalisé(e).

Si allergie ou maladie connue :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

**Signature** (précédée de la mention lu et approuvé)

## SPORT PRATIQUE: (plusieurs réponses possibles)

Savate Boxe Française

Canne de combat

Boxing Form'

**Montant de la cotisation:** 120 euros - 140 euros - 180 euros

**Réduction "famille" :**.....

**Montant total de la cotisation à verser:**.....

**versement:** chèque - espèces - chèques vacances

**certificat médical:** OK

**passport sportif:** oui - non