



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Photo d'identité à coller
Pas d'agrafe SVP

Saison 2020 - 2021

Ancien licencié en Savate Boxe Française : Oui Non Si oui : N° de licence : _____

Ancien licencié en Boxes : Oui Non Si oui : Type de boxe : _____

Comment avez-vous connu le club ?

Journée des sports Internet Amis Autre (précisez) _____

NOM de l'adhérent : _____ PRENOM de l'adhérent : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ NATIONALITE : _____

PROFESSION : _____

: _____

: _____ - _____ - _____ - _____ : _____ - _____ - _____ - _____

: _____ @ _____

EN CAS D'ACCIDENT PREVENIR :

M. Mme. _____ : _____ - _____ - _____ - _____

AUTORISATION PARENTALE (Obligatoire pour les mineurs)

Je soussigné(e) Mme, M. _____

Mère : _____ - _____ - _____ - _____ _____ @ _____

Père : _____ - _____ - _____ - _____ _____ @ _____

autorise mon fils¹, ma fille¹ à pratiquer la Savate Boxe Française et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable du « Boxing Savate Villeneuveois » à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

(¹ Rayer la mention inutile)



J'autorise le Boxing Savate Villeneuveois à diffuser des photos qui pourraient être prises dans le cadre d'entraînements ou de compétitions dans le but de promouvoir la discipline.

OUI **NON** (Rayer la mention inutile)

Je joins mon règlement de :

➤ 90 € (né en 2006 et après) 110 € (né en 2005 et avant) Autre (préciser) _____

➤ par paiement en ligne En liquide Par chèque à l'ordre du BOXING SAVATE VILLENUEVOIS.

Chèque libellé à quel nom : Adhérent Autre (préciser) _____

Possibilité de régler en 3 fois Ci-joint _____ chèque(s) Banque : _____

_____ €, à encaisser le ____ / ____ / _____ N° du chèque : _____

_____ €, à encaisser le ____ / ____ / _____ N° du chèque : _____

_____ €, à encaisser le ____ / ____ / _____ N° du chèque : _____

 **FICHE SANITAIRE** 

 **VACCINATION :**

Tétanos : oui non Date du dernier rappel : ____ / ____ / ____

 **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

- Suivez-vous un **traitement médical** : oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les **médicaments** correspondants, lors de déplacements (compétitions, stages...).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- **Allergies** : Asthme oui non Médicamenteuse oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

 **RECOMMANDATIONS UTILES :**

PORTEZ-VOUS DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...

PRECISEZ : _____

Tout dossier incomplet sera refusé : Fiche de renseignements complété (1 photo d'identité pour les nouveaux)
 Certificat médical
 Règlement cotisation

**Après 3 cours, le moniteur peut refuser l'accès à l'entraînement en cas de non paiement de la cotisation.
Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche ainsi que le dossier est complet.**

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature. (Pour les mineurs, celle du représentant légal)

 **CERTIFICAT MEDICAL** 

Je soussigné(e) Docteur : _____

Certifie avoir examiné M. / Mme / Mlle : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre indication à la pratique de la Savate boxe française et des boxes pieds poings.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Cachet et signature du médecin