

TEAM SELF BOXING CLUB SAISON 20.. / 20..

FICHE D'INSCRIPTION A L' ASSOCIATION TEAM SELF BOXING CLUB

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

MAJEUR

MINEUR

- COTISATION : *ESPECE / CHEQUE (à l'ordre TEAM SELF BOXING CLUB)*
- CERTIFICAT MEDICAL : « apte à la pratique de la boxe et la self défense »
- PHOTOCOPIE DE LA RESPONSABILITE CIVIL :

TELEPHONE Domicile :

Portable :

Email :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

COORDONNEES :

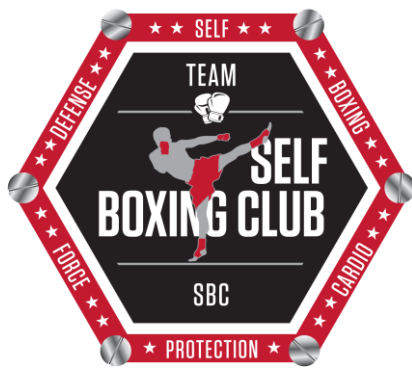
ADRESSE :

PROFESSION :

TEAM SELF BOXING CLUB

Identification R.N.A. : **W372012759**

ESPACE COSELIA – SALLE DE BOXE – RUE DU MOULIN NEUF – 37390 METTRAY



QUESTIONNAIRE MEDICAL :

Faites vous régulièrement des activités physiques ?

Avez-vous eu des problèmes de santé, genoux, dos, ... ?

Prenez vous des médicaments ?

Avez-vous d'autres informations à nous transmettre ?

Niveaux de pratique « Sport de combat » :?

ATTESTATION :

Je déclare avoir eu connaissance de l'article 38 de la loi du 16 juillet 1984 relatif à l'organisation des activités physiques et sportives et prescrivant aux adhérents à un club ou à une association de souscrire un contrat d'assurance de personne, ayant un objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel.

J'affirme que je ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport, que je suis en bonne condition physique et mentale, que je suis conscient et que j'assume les risques relatifs à ma participation au cours et que j'ai compris les conditions de mon engagement et de ma responsabilité civil.

Fait le

à

Signature

TEAM SELF BOXING CLUB

Identification R.N.A. : **W372012759**

ESPACE COSELIA – SALLE DE BOXE – RUE DU MOULIN NEUF – 37390 METTRAY