



Fiche d'inscription IMPACTS 33

(Cours dispensés de Septembre à Fin Juin)

Photo
à coller
(Obligatoire)

Renseignements personnels – Ecrire lisiblement (Lettres Majuscules)

NOM : _____

PRENOM : _____

Adresse complète : _____

Code postale : _____

Ville : _____

Téléphone : _____/_____/_____/_____/_____

E-mail : (*Bien écrire) _____

Date de Naissance : ____/____/____.

Nationalité : _____

Sexe : (Entourer) Femme - Homme

Profession : _____

N° de Licence : _____

Réservé à IMPACTS 33

Date d'inscription :/...../.....
Commentaires :

Cochez la/les Discipline(s) pratiquée(s) :

- Thaï/Kick/K1
- Savate Boxe Française
- Savate Forme (150€/an)
- Boxe Anglaise
- Grappling/Panrace/Sanda
- Fight Fitness Girls (150€/an)
- Savate/Thaï **Educative** (Enfants)

Pratique : Loisir OU Compétition
(Entourez la pratique souhaitée)

- Grade :
- Light/Assaut OU Full/Combat
- Poids réel :

Cotisation :

- Jeunes -18ans +18ans

* Très important car toute communication est faite par mail

Taille	8ans	10ans	12ans	XS	S	M	L	XL
T-Shirt								

• Accès à la Salle = DOSSIER INSCRIPTION COMPLET :

- Une photo d'identité
- Un certificat médical* pour la pratique de la boxe en loisir - **Sans certificat l'accès est impossible !!!!**
- Un règlement de _____ € en Chèque / Espèce. (Entourez) > **Préférence pour les chèques**

(Possibilité de paiement en 3 ou 4 fois à l'ordre d'IMPACTS 33. Indiquer le mois d'encaissement au dos des chèques)

Aucun remboursement de la cotisation ne sera fait, peu importe la raison.

- Une autorisation parentale pour les mineurs

Je soussigné(e) _____, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur d'IMPACTS 33 et m'engage à le respecter. Je prends note que l'Ecole de boxe est fermée durant les vacances scolaires. Je certifie avoir consulté un médecin et atteste sur l'honneur n'avoir aucune contre-indication médicale à la pratique des disciplines choisies. Je décharge IMPACTS 33 et ses membres de toutes obligations ou actions de réclamation relative à toutes blessures que je pourrais subir à l'occasion de ma pratique au sein du club.

J'autorise/Je n'autorise pas IMPACTS 33 à utiliser mon image et mon nom (ou celle de mon enfant) sur les médias de communication pour promouvoir les activités du club sans prétendre à aucune contrepartie financière.

A Bordeaux, le ____/____/____.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Autorisation des Parents ou Tuteurs

Je soussigné(e) (*NOM-Prénom du parent*) , domicilié(e) au (*Adresse – CP – Ville*) , déclare donner par la présente l'autorisation à mon enfant (*NOM-Prénom de l'enfant*) de pratiquer les sports de combat au sein du club Impacts 33. J'autorise l'association ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de blessure et hospitalisation de mon enfant.

J'autorise mon enfant, adhérent pour la saison en cours, à quitter la salle de boxe et rentrer seul(e) après les séances dispensées par le Moniteur d'Impacts 33 (selon les horaires prévues). En aucun cas, je porterai le club et/ou coach responsable de tous événements survenus avant ou après les horaires d'entraînements.

Nom, Prénom, Téléphone des Parents ou Tuteurs. (Rayer la mention inutile)

.....

.....

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente autorisation.

Date : ___/___/___ Signature obligatoire du représentant légal :

Certificat médical

Je soussigné(e), _____, docteur en médecine, certifie que le ou la nommé(e) : _____, né(e) le : ___/___/_____, ne présente aucune contre-indication à la pratique de _____, en loisir et/ou compétitions.

Observations éventuelles :

Délivré à : _____ Le : ___/___/_____

***Cachet du médecin indiquant
Nom et Adresse obligatoire***

Signature du médecin