



**2023-2024**

**SPORTS DE COMBAT**

**BOXE FRANCAISE**

CARTE OK

ESPACE RESERVÉ AU CLUB

- CHEQUE(-S) =  
 ESPECES =  
 Pass Jeunes 54 =  
 CARTE BANCAIRE =  
 CHEQUES VACANCES =  
 COUPONS SPORT =

Photo  
(Ou par mail à  
l'adresse  
Punch54000@  
gmail.com)

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....  Féminin  Masculin

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....

Email (**IMPORTANT**), en majuscule : .....@.....

TARIFS :

	Mensuel	Trimestriel	Semestriel	Annuelle	Annuelle
-16 ans	/	/	/	<input type="checkbox"/> 180 €	/
16-18 ans	<input type="checkbox"/> 45 €	<input type="checkbox"/> 110 €	<input type="checkbox"/> 190 €	/	<input type="checkbox"/> 230 €
Etudiant	<input type="checkbox"/> 45 €	<input type="checkbox"/> 110 €	<input type="checkbox"/> 190 €	/	<input type="checkbox"/> 260 €
Salarié	<input type="checkbox"/> 45 €	<input type="checkbox"/> 110 €	<input type="checkbox"/> 190 €	/	<input type="checkbox"/> 300 €

**Période**

**Date de début** : ..... / ..... / .....

**Date de fin** : ..... / ..... / .....

**Cotisation Club** :

**Remise** :

**Total à payer** :

ACCES :

Salle

Parking

Garage à vélo

CLAUSES :

- Les personnes ne disposant pas d'un certificat médical ne seront pas acceptées dans la salle de sports.
- Le club se réserve le droit de refuser l'accès aux cours si le pratiquant n'est pas à jour du règlement de sa cotisation et/ou de sa licence.
- **J'autorise l'utilisation individuelle de mon image et/ou de mon enfant sur les outils multimédias (Rayer en cas de refus).**

Je déclare accepter que les informations portées sur la fiche individuelle soient traitées informatiquement sachant que la loi du 06/01/98 (art 26 et 27) me donne un droit d'accès et de rectification, et que ces informations ne peuvent faire l'objet d'une cession.

Fait à

Le

Signature

**CERTIFICAT MEDICAL dans le passeport sportif**

(Entourez la mention utile)

**OUI**

**NON**

(Si oui, il faut une photocopie du passeport sportif à l'inscription)

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que Mr / Mme .....

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la BOXE FRANCAISE en club et en compétition.

A ....., le ..... / ..... / .....

(Signature et cachet)

**AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)**

Je soussigné·e M. ou Mme .....

Autorise mon enfant(-s) à pratiquer de la Boxe Française en Club et en compétition et m'engage à prévenir le professeur en cas d'absence ou de cessation d'activité.

A ....., le ..... / ..... / .....

(Signature)