

FICHE D'INSCRIPTION 2026/2027

Enfants et Adolescents

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE AGE

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE EMAIL

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM TEL LIEN AVEC ADHERENT

De 6 à 14 ans : 1 cours /semaine au choix (1H) - 450 € l'année du 01/09 au 30/06 ☐ Mercredi ☐ Samedi

De 3 à 5 ans : 1 cours /semaine au choix (45 min) - 400 € l'année du 01/09 au 30/06 ☐ Mercredi ☐ Samedi

Pièces à fournir pour inscription :

- La présente **fiche d'inscription dûment complétée, datée et signée**
- Un **certificat médical** de non-contre-indication à la pratique de la boxe anglaise
- Une **photo d'identité** récente (photocopie ou e-photo acceptée)
- Le **règlement de la cotisation** (virement instantané bancaire – chèque – espèces)

AUTORISATION PARENTALE

Nom, Prénom du représentant légal :

- ✓ J'autorise mon enfant à participer aux séances de boxe anglaise et à toutes les activités sportives et éducatives organisées dans le cadre du Boxing Lounge.
- ✓ J'autorise Boxing Lounge à utiliser des photographies ou vidéos prises lors des entraînements ou événements à des fins de communication (site internet, réseaux sociaux, supports promotionnels).
- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et des conditions de sécurité du club.
- ✓ Je reconnais avoir été informé(e) que le club est couvert par une assurance responsabilité civile professionnelle couvrant les dommages engageant sa responsabilité ainsi que celle de son personnel, et d'avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire, à titre personnel, une assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels pouvant survenir lors de la pratique sportive, et déclare en faire mon affaire personnelle auprès de mon assureur.

Fait à : Le :

Signature précédée de la mention « **Lu et approuvé** »

**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE
CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné(e)

Certifie que :

M., Mme (Prénom et NOM) :

Né(e) le :/...../.....

Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique de la **Boxe Anglaise**

Date :

Signature et cachet obligatoire du médecin :

N° RPPS :