

**PHOTO**

*NOM : …………………………………………………. PRENOM : ……………………………………………*

*DATE DE NAISSANCE : ………………………………… LIEU DE NAISSANCE :……………………………..*

*NATIONALITE : ……………………………. PROFESSION ……………………………………….*

*ADRESSE****:*** *…………………………………………………………………………………………………………………………*

*CODE POSTAL - VILLE****:*** *………………………… …………………………………………………….*

*TELEPHONE* ***:*** *……………………………………………………………*

*EMAIL :**……………………………………………………………………………………………………………….*

**CERTIFICAT MEDICAL**

*Je soussigné Docteur,……………………………………………………Certifie,* *Apte Inapte*

*M. Mme …………………………………………………………………………………. Ne présente*

*Pas à ce jour aucune contre-indication à la pratique de la Boxe Anglaise – Savate Boxe Française – Boxe Thaïlandaise – MMA – Canne de Combat, en Loisir et/ou Compétition.*

*Cachet et Signature du Médecin :*

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,…………………………………………………………………………………

Titulaire de l’autorité parentale, autorise mon enfant à pratiquer la boxe au C.S.C BOXE 92.

Signature du représentant légal :

**RESERVE AU CLUB**

Réception du règlement le : ………… / ………… / ………….…

Par le moniteur et/ou dirigeant de club : ………………………..………………………….……………………………………

Montant de la cotisation versé : …………………………………………………..……………………………………………………