

NOM :														
PRENOM :														
Date de naissance														
Adresse:														
Téléphone :			COURRIEL :											
Profession :														
N° de licence :			Grade :											
<table border="1"> <tr> <td>AUTORISATION PARENTALE (- 18)</td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Certificat médical</td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					AUTORISATION PARENTALE (- 18)	OUI	NON			Certificat médical	OUI	NON		
AUTORISATION PARENTALE (- 18)	OUI	NON												
Certificat médical	OUI	NON												
COTISATION														
Montant total :														
N° Chèque et montant	1	2	3	4										
Dates de dépôts														
Espèces :														

Prise de connaissance de l'assurance et du droit à l'image

- Je reconnais avoir demandé et pris connaissance de l'étendue de l'assurance offerte par la licence de Savate Boxe Française (affiché dans la salle José Chacon) ainsi que sur les exclusions de garantie. Je reconnais que, conformément aux textes ministériels en vigueur, **le certificat médical est obligatoire pour tous les pratiquants** et qu'à cet effet **je m'engage à ce qu'il soit rempli et signé par un médecin**

- **J'autorise l'utilisation de mon droit à l'image pour l'illustration du site Internet de la section ou autre support informatif.**

- **J'accepte de recevoir par mail/newsletters/SMS les infos du club.**

Date, Nom, Prénom :

A IMPRIMER ET A REMPLIR