FICHE D'INSCRIPTION

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| ☐ **HOMME** ☐ **FEMME**

ADRESSE : _____

_____

CODE POSTALE : |_|_|_|_|_| **VILLE :** _____

TÉLÉPHONE : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| **PROFESSION :** _____

COURRIEL : _____

PRISE DE CONNAISSANCE DES CONDITIONS D'INSCRIPTIONS

- 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. J'ai pris connaissance du questionnaire de santé mis à ma disposition et j'atteste avoir répondu NON à toutes les questions ou avoir fourni à ce moment un certificat médical.
- J'autorise l'utilisation de mon image, sur les photographies et films vidéo pris pendant les cours et événements du club.
- Nous rappelons que tout adhérent doit acquitter sa cotisation afin d'accéder au cours. Les cotisations ne sont pas susceptibles de remboursement et ne peuvent être rédimées.

SIGNATURE :

CADRE RÉSERVÉ AU CLUB

CERTIFICAT MÉDICAL : _____

COTISATION

CHÈQUES DATE DE DÉPÔT

CODE COTISATION : NA (NOUVEL ADHÉRANT) AA (ANCIEN ADHÉRANT) E (ÉTUDIANT)
SE (SANS EMPLOI) -18