

 Fédération Française de Boxe Demande de Licence <input type="checkbox"/> AEROBOXE <input type="checkbox"/> BOXE LOISIR <input type="checkbox"/> BOXE EDUCATIVE ASSAUT Garçon / Fille (cocher la case correspondant à votre Catégorie d'âge) <input type="checkbox"/> Poussins - Benjamins - Minimes - Cadets <input type="checkbox"/> Juniors - Seniors	Réservé au C.R. Bordereau de Transmission à la F.F.B. n° SAISON : _____ Date de saisie : _____ à transmettre au Comité Régional avec la photo et la cotisation
	N° de Licence : écouteropage 0 800 15 2000 www.ffd.fr/vidal.php

Nom : (en majuscules)

Prénom :

Sexe : (cocher la case correspondante) F M

Date de naissance : __ / __ / __ Lieu :

Nationalité : Naturalisation (date et n°)

CLUB AFFILIÉ (en toutes lettres)
Les boxeurs Burgiens

Avez-vous déjà été licencié auprès de la FFB ? OUI NON
(cocher la case correspondante)

Adresse très exacte et lisible

Lieu-dit

N° Bâtiment Escalier Appartement

N° Rue

Code postal Ville

N° de tél. Adresse e-mail

Je CERTIFIE l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande
Pour les filles en cas de GROSSESSE, je m'engage à cesser toute activité sportive (compétition et assaut) et à le déclarer à la FFB dès que j'en ai connaissance.
Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information (résumé des garanties au verso de la présente demande) relative aux Garanties de base et de celle du contrat complémentaire SPORTAUT
J'autorise la Fédération Française de Boxe ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'hospitalisation de mon enfant.
Je m'engage à respecter les règlements et code sportif de la Fédération de Boxe dont je déclare avoir pris connaissance.

Date : / / signature obligatoire du postulant

Pour les mineurs :
 Signature de la personne détentrice de l'autorité parentale

Certificat médical de NON CONTRE-INDICATION obligatoire (au verso)
 Conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le demandeur est informé que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie que Mr, Mme, Mlle :

Né(e) le : A

Dont le poids (**obligatoire**) est :

Ne présente à ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique de la BOXE.

A Le

TAMPON (*obligatoire*) et Signature

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie que Mr, Mme, Mlle :

Né(e) le : A

Dont le poids (**obligatoire**) est :

Ne présente à ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique de la BOXE.

A Le

TAMPON (*obligatoire*) et Signature



FICHE D'INSCRIPTION



NOM :
Prénom :
Date de Naissance :
Lieu de Naissance :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Téléphone Domicile :
Téléphone Portable :
Email :
Facebook :
Nationalité:
A déjà pratiqué la boxe anglaise : OUI NON
N° de Licence (si déjà pratiqué):
Poids :

Personne à prévenir en cas d'urgence:.....N° de Tel:.....
Médecin Traitant :.....N° de Tel:.....

Autorisation parentale pour les enfants mineurs :

Je soussigné(e).....Père, Mère, Tuteur de l'Enfant.....
l'autorise à pratiquer la Boxe Anglaise au sein de l'Association Les Boxeurs Burgiens.
J'autorise par ailleurs les responsables du Club à le transporter au centre hospitalier le plus proche et le faire soigner en cas d'accident.
Je l'autorise à participer aux déplacements organisés par l'Association. OUI NON
Je l'autorise à quitter seul le gymnase à la fin des cours de Boxe Anglaise et je décharge les responsables du Club de toute responsabilité: OUI NON

Fait àLe.....

Signature: