

FICHE D'INSCRIPTION

Photo

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ :

ADRESSE :

VILLE :

CODE POSTALE :

TÉLÉPHONE :

N° DE LICENCE (si déjà pratiqué) :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

TÉL :

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 à : Le :

Signature :



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

DEMANDE DE LICENCE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PHOTO

Civilité* : ☐ Mme ☐ M.

Nom d'usage* :

Nom de naissance* :

Prénom* :

Né(e) le* :/...../..... à (Ville)* :

Pays de naissance* : Nationalité* :

Naturalisation* :/...../..... n° :

Adresse* :

N°* : Rue* :

CP* : Ville* :

Email* :@.....

Téléphone* :

Responsable légal pour les mineurs :
(obligatoire pour les mineurs)

Nom* :

Prénom* :

Email* :@.....

Téléphone* :

Licence demandée :

- ☐ BEAL
- ☐ BA
- ☐ Dirigeant :
- ☐ Cadre technique :
- ☐ Officiel :

Conditions d'utilisation des données *

Je soussigné, (Nom/Prénom*)(son représentant légal le cas échéant), déclare avoir pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter.

Droit à l'image *

Je soussigné,(son représentant légal le cas échéant) autorise le club à insérer ma photo d'identité sur ma licence et autorise la FFBoxe et le club à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles. Cette autorisation est consentie pour le territoire français et une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image. Je reconnais avoir été informé que je disposais d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concerne (art. 34 de la loi " Informatique et Libertés "), soit dans mon espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Française de Boxe. J'atteste également que j'ai pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui ☐ Non ☐

Offres commerciales *

Je soussigné, (Nom/Prénom*)(son représentant légal le cas échéant), autorise la FFBoxe à m'adresser des offres commerciales. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui ☐ Non ☐

Lettre d'informations :

Je souhaite m'abonner à la newsletter fédérale

Oui ☐ Non ☐

* mentions obligatoires

Date :/...../.....

Signature obligatoire du postulant
(ou du détenteur de l'autorité parentale)



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE LA BOXE EDUCATIVE ASSAUT



Saison 2026-2027

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État et entièrement rempli.

Date, lieu, signature, numéro RPPS et cachet professionnel personnel du praticien obligatoire.

Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet personnel dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- L'obtention de ce certificat est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire.
- Le postulant doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie de son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.
- Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé.

FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication à la pratique de la discipline suivante

☐ BOXE ÉDUCATIVE ASSAUT

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom obligatoires) :

Certifie que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) :

Date de naissance (obligatoire)/...../.....

Les combattants BEA, ayant plus de 40 ans, au 1^{er} septembre de l'année en cours doivent obligatoirement pratiquer une épreuve d'effort cardiaque maximale qui sera valable 3 saisons sportives consécutives.

Ne cocher qu'une seule case :

☐ Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique de la Boxe Educative Assaut

☐ Présente une contre-indication médicale à la pratique de la Boxe Educative Assaut.

Observations :

Certificat établi le :/...../..... À

Signature et cachet avec nom et prénom du médecin (obligatoire).

N° RPPS :

N° d'Inscription à l'Ordre des Médecins :



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE DES DISCIPLINES FÉDÉRALES ADAPTÉES



Saison 2026-2027

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État et entièrement rempli.

Date, lieu, signature, numéro RPPS et cachet professionnel personnel du praticien obligatoire.

Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet personnel dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- L'obtention de ce certificat est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire.
- Le postulant doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie de son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.
- Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé.

FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication à la pratique des DISCIPLINES FÉDÉRALES

☐ **AÉROBOXE**

☐ **HANDI BOXE**

☐ **PRESCRI BOXE**

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom obligatoires) :

Certifie que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) :

Date de naissance (obligatoire)/...../.....

Ne cocher qu'une seule case :

☐ Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique de la / des **DISCIPLINE(S) FEDERALE(S), cochée(s) ci-dessus.**

☐ Présente une contre-indication médicale à la pratique des **DISCIPLINES FEDERALES.**

Observations :

Certificat établi le :/...../..... À

Signature et cachet avec nom et prénom du médecin (obligatoire).

N° RPPS :

N° d'Inscription à l'Ordre des Médecins :



Des rêves communs
autour d'une même PASSION !

PLANNING DES ENTRAINEMENTS

JOUR/HEURE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	SAMEDI	DIMANCHE
9H - 10H30						ENFANTS 1h30 (5/10 ans)	COMPÉTITEURS 1h30 (11/+18 ans)
10H30 - 12H						ADOS/ADULTES 1h30 (11/+18 ans)	ADOS/ADULTES 1h30 (11/+18 ans)
17H30 - 19H	COMPÉTITEURS 1h30 (11/+18 ans)	ENFANTS 1h30 (8/10 ans)	ENFANTS 1h30 (5/7 ans)	ENFANTS 1h30 (8/10 ans)	COMPÉTITEURS 1h30 (11/+18 ans)		
19H - 20H30	ADOS 1h30 (11/15 ans)	Aéroboboxe 1h30 (15 ans et +)	ADOS 1h30 (11/15 ans)	Aéroboboxe 1h30 (15 ans et +)	ADOS 1h30 (11/15 ans)		
20H30 - 22H	ADULTES 1h30 (16 ans et +)	ADULTES 1h30 (16 ans et +)	COMPÉTITEURS 1h30 (11/+18 ans)	ADULTES 1h30 (16 ans et +)	ADULTES 1h30 (16 ans et +)		

TARIFS

Boxe enfant 5/7 ans : 170€
Boxe enfant 8/10 ans : 190€
Aéroboboxe : 220€
Boxe 11/15 ans : 240€
Boxe 16 ans et + : 290€
Aéroboboxe + boxe : 290€

**Les cours sont dispensés toute l'année scolaire
hormis les vacances de Noël et jours fériés**

EQUIPEMENTS

Tee-shirt : 20 €

Gants taille 16 OZ : Obligatoire pour les compétiteurs et à partir de 15 ans pour la boxe loisir

Chèque de caution 300€ : Obligatoire pour les compétiteurs

Facilités de paiement, nous consulter.

Husnu ERDOGAN 06 52 44 82 39
<http://www.boxeurs-burgiens.fr/>