



BOXE FRANÇAISE – SAVATE THOUROTTE

Salle Robert Amory

route de Longueil-Annel 60150 Thourotte
Tel : 07.68.49.28.85 @ : accueil@bfsthourotte.fr

<https://www.bfsthourotte.fr>

Réseaux sociaux :  [Bfs Thourotte](#)
 [Bfs Thourotte](#)

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION SAISON 2024 / 2025

Identité du pratiquant :

Numéro de licence :

Nom : Prénom :

Téléphone : Mail :

Date et lieu de naissance :

Grade et titre(s) :

Autorisation de pratique pour les mineurs :

En qualité de responsable légal, je soussigné(e),

autorise mon enfant,

à participer aux activités de boxe Française et savate pour la saison en cours au sein du club "Boxe Française Savate de Thourotte".

Signature du responsable :

Le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Droit à l'image : (rayer les mentions inutiles)

Je, soussigné(e),

Autorise / n'autorise pas

sans contre-partie la captation et la diffusion de :

mon image / l'image de mon enfant

dans le cadre des activités du club "Boxe Française Savate de Thourotte".

Signature du responsable :

Le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Cotisation annuelle : (Paiement complet en début d'activité)

Enfants (Nés en 2010 et après) = 50€

Ados & Adultes (Nés en 2009 et avant) = 75€

Conditions d'admission :

Pour être admis au sein du club, il faut impérativement , présenter les pièces suivantes :

Cette fiche d'inscription

Le règlement de sa cotisation.

L'aptitude médicale remplies et signées.

Une photo d'identité (1ere inscription)

APTITUDE MEDICALE SAISON 2024 / 2025

Aptitude médicale pratiquant(e) mineur(e) :

En qualité de responsable légal, je soussigné(e),
atteste que mon enfant,
a renseigné le questionnaire de santé* et qu'il/elle a répondu NON à toutes les questions.

*Questionnaire disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043486824>)

Le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Signature du responsable :

Dans le cas contraire, je fais remplir par un médecin le certificat médical de non contre-indication.

Aptitude médicale pratiquant(e) majeur(e) :

Je, soussigné(e),

Atteste disposer d'un certificat médical de moins de 3 ans (fournir une copie) et avoir renseigné et répondu NON à l'ensemble du questionnaire de santé* « QS SPORT » - Cerfa N° 15699*01

*Questionnaire disponible à l'adresse : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15699.do

Le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Signature :

Dans le cas contraire, je fais remplir par un médecin le certificat médical de non contre-indication.

CERTIFICAT MEDICALE SAISON 2024 / 2025

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que :

Nom : Prénom :

Age : Poids : Taille :

ne présente pas de contre-indication à la pratique en loisir et/ou en compétition de la Savate Boxe Française et disciplines associées.

Le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Signature et cachet du praticien :