



DYNAMIK Boxing

NOM :
Prénom :
Sexe : ~~Homme~~ / ~~Femme~~ (barré la mention inutile)
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
Code postal : Ville :
☎ Fixe :
☎ Portable :
Mail :@.....

AUTORISATION POUR LE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) adhérent au DYNAMIK Boxing, autorise la publication de photos me représentant ou représentant mon enfant (nom du jeune :) sur notre compte Facebook ou autres.

En cas de refus cocher cette case

URGENCE MEDICALE

Je soussigné(e), autorise les moniteurs responsables de l'entraînement, à présenter en cas d'accident mon fils ou ma fille ou moi-même, devant le service médical le plus proche (pompier, SAMU, hôpital, médecin)

ESPACE RESERVE AU CLUB

Cotisation annuelle : 220 €

Somme réglée : le :

Espèce Chèque N°

Somme réglée : le :

Chèque N°

Certificat médical rendu le

En cochant cette case vous attestez avoir pris connaissance de notre règlement intérieur

SIGNATURE DE L'ADHERENT :