



# DYNAMIK Boxing

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

## AUTORISATION PARENTALE ET DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) ..... autorise mon fils / ma fille .....  
à la pratique de la boxe française.

J'autorise également la publication de photos me représentant ou représentant mon enfant 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 : 100 €

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 :

DYNAMIK Boxing – Siège Social : Rue Anne Marie Poidebard 42740 St Paul en Jarez

☎ 06 80 18 53 11