

FICHE INSCRIPTION BOXE ANGLAISE / ACTION JEUNES



Date d'inscription :

/ /

Nouvelle inscription

Renouvellement

ADHERENT

NOM/Prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse:

Code postal/ville :

Téléphone domicile et/ou portable:

Email (écrire lisiblement svp):

Sexe : F M

Groupe sanguin :

RESPONSABLES LEGAUX (pour les mineurs)

- Mère:

NOM/Prénom:

N° de téléphone travail et/ou portable:

- Père:

NOM/Prénom:

N° de téléphone travail et/ou portable:

- Email (écrire lisiblement svp):

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN DE FAMILLE :

TELEPHONE :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

TELEPHONE :

COTISATION (cocher les cases correspondantes)

Chèque nombre : Espèces

CERTIFICAT MEDICAL oui non

ADHESION

Chèque Espèces

13€ (-18 ans, étudiants, sans emploi, ...) / **18€** (+ 18ans) / **30€** famille (à partir de 3)

100€ : -14ans (cours 1)

150€ : + 14 ans (cours 2)

Je soussigné (e) Mr / Mme

- Déclare respecter les règles du fonctionnement de la MJC et du club de boxe ;
- Autorise les organisateurs à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de santé du licencié
- Autorise la MJC à diffuser des images prises lors de la pratique des activités ;
L'usage de ces photographies étant strictement réservé à la communication de la MJC.
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'incident qui pourrait survenir en dehors de l'enceinte du dojo et hors des activités encadrées par les intervenants du club ;
- Autorise l'enfant à participer aux sorties nécessitant un transport en minibus/voiture.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage et les réactualiser si nécessaire.

Fait à Le / / **SIGNATURE**

VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES			DATES
	OUI	NON			OUI	NON	
Diphthérie				Hépatites A et B			
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
OU DT polio				Autres à préciser:			
OU Tétracoq							
BCG							

Merci de bien vouloir remplir le tableau et joindre une photocopie du carnet de santé

MALADIES

Le licencié a-t-il eu les maladies suivantes?

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Rubéole			Rougeole		
Coqueluche			Scarlatine		
Otite			Oreillons		
Varicelle			Angine		
Rhumatisme articulaire					

Difficultés de santé? Précautions à prendre?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suit-il un traitement médical ? Si oui lequel?

.....

ALLERGIES

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres à préciser:		

Cause de l'allergie, signes évocateurs et conduite à tenir?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS/PRECISIONS SUPPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je certifie l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à les actualiser en cas de changement.

Fait à Le/...../.....

SIGNATURE
(du responsable légal)