FICHE INSCRIPTION BOXE ANGLAISE

MAISON DES JEUNES ET DE LA CULTURE

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

130€ : cours 1 - 18/19h
160€ : cours 2 - 19/20h30

ADHESION

☐ Chèque ☐ Espèces

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

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 sante 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	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON	DATES
Diphtérie				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)