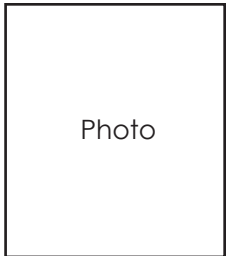




# Fiche d'inscription

**CADRE RESERVE A L'A.S EVRY BOXE FRANCAISE**

Certif. médical	<input type="checkbox"/>	<b>N° Licence</b>	<input type="text"/>
Photos	<input type="checkbox"/>	Inscription	<input type="checkbox"/> Ré-inscription <input type="checkbox"/>
Enveloppes	<input type="checkbox"/>	SBF	<input type="checkbox"/>
Règlement	<input type="checkbox"/>	Savate Forme	<input type="checkbox"/>
Observations			



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A INSCRIRE**

<b>NOM</b>	<input type="text"/>	<b>PRENOM</b>	<input type="text"/>
<b>NE(E) LE</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>NATIONALITE</b>	<input type="text"/>
<b>SEXE</b>	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
<b>ADRESSE</b>	<input type="text"/>		
<b>CODE POSTAL</b>	<input type="text"/>	<b>VILLE</b>	<input type="text"/>
<b>TELEPHONE</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>PORTABLE</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>MAIL</b>	<input type="text"/>		
<b>Personne à contacter en cas d'accident</b>	NOM <input type="text"/>		
	TEL <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
<b>REMARQUES MEDICALES</b>	<input type="text"/>		
Nombre d'enfants :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Etudiant	Aide année 2009 CP <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/>
Nombre frères et/ou soeurs :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Avec Emploi	
		<input type="checkbox"/> Sans emploi	

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS**

Je soussigné Monsieur / Madame \_\_\_\_\_, en qualité de Père / Mère / Tuteur légal, domicilié à \_\_\_\_\_ autorise mon enfant ci-dessus mentionné à pratiquer la boxe française savate et participer aux compétitions officielles ou officielisées.

Rayer les mentions inutiles Signature :

NOM DU PAYEUR : \_\_\_\_\_

Chèque N°1 : \_\_\_\_\_

Chèque N°2 : \_\_\_\_\_

Chèque N°3 : \_\_\_\_\_

Tarif cotisation :

Tarif Licence : \_\_\_\_\_

- Je soussigné(e), dont le nom figure ci-dessus, autorise l'A.S. Evry Savate Boxe Française, à prendre toutes les dispositions, en accord avec le corps médical, en cas d'accident.
- J'autorise l'A.S. Evry Savate Boxe Française à diffuser ou publier les photos prises dans le cadre de l'activité sportive.
- Je m'engage également au respect de son règlement intérieur et des règles sportives.

Fait à Evry, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature :