

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DAMP MART BOXE FRANÇAISE

Photo

Nom:.....Prénom:.....
Adresse:.....
Code Postal :.....Ville :.....Date de Naissance :.....
Nationalité :.....Téléphone :.....
N° de licence :.....Mail :.....

Autorisation Parentale

Parent ou représentant légal

Adresse :.....Code postal :.....
Ville :.....Téléphone.....

Autorise mon enfant :

- A se rendre et à partir seul de l'entraînement :
oui – non
- A participé aux déplacements de l'association en voiture, à être pris en photo, filmé ou toute activité de promotion du club, dans un but non lucratif:
oui – non
- Autorise l'association à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche par les services de secours en cas de problème :
oui – non

Nom du médecin
traitant.....Tél:.....

Fait à.....le.....

Signature