

SAISON

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Département :

Nationalité :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email : _____@_____

Numéro de sécurité sociale :**Profession :**

N° de téléphone à contacter en cas d'accident :

Renseignements médicaux (problème de santé, conditions physiques, allergies, autres...) :

*J'autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais, ceci, sur différents supports (réseaux sociaux, affiches). Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un quelconque préjudice. (Rayer en cas de refus).

* J'accepte que les responsables de l'Ecole de boxe thaïlandaise doloise autorisent en mon nom une intervention médicale ou chirurgicale en cas de besoin. (Rayer en cas de refus).

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement disciplinaire de l'Ecole de boxe thaïlandaise doloise et accepte sans réserve les différents points de ce document.

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné _____ autorise mon enfant _____ à pratiquer les entrainements de l'Ecole de boxe thaïlandaise doloise, à participer aux compétitions et à emprunter les transports nécessaires pour aller aux différentes rencontres sportives.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention "lu et approuvé" (Responsable légal si mineur).