



## FICHE D'INSCRIPTION - BOXE MINEUR

Certificat Médicale

SAISON : \_\_\_/\_\_\_

Montant de la cotisation : \_\_\_\_\_ €uros

### **Représentant légal :**

Mr\* Mme\* Melle\* NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone :

Fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Professionnelle \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

### **Adhérent**

Mr Mme Melle NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ lieu de naissance : \_\_\_\_\_

### **Autorisation**

Je soussigné, \_\_\_\_\_ représentant légal de l'enfant  
\_\_\_\_\_ autorise les encadrants à :

- transporter mon enfant lors des déplacements effectués dans le cadre de l'activité
- prendre le cas échéant et en cas de nécessité toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant participant à l'activité
- prendre l'enfant en photo dans le cadre de l'activité ; ces photos pourront être utilisées dans des articles de journaux, des publications de l'association, des évènements festifs, des réunions divers ainsi que des diffusions aux familles

Fait à Cernay, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

\* rayer la mention inutile