



Association **Full-Kick-Boxing**
de Villeneuve le roi
21 rue Pierre Curie
94290 Villeneuve le roi
06 98 30 04 03
06 65 08 78 72
www.afkb-vlr.fr

FICHE D'INSCRIPTION

Saison 2009 / 2010

Salle d'entraînement n°1 – Gymnase Daniel Féry – avenue du 8 mai 1945 - 94290 Villeneuve le roi

Cours adultes : lundi et jeudi de 19h à 22h – vendredi de 18h à 19h30 - samedi 17h à 19h

Cours enfants : mercredi de 16h30 à 18h

COTISATION ANNUELLE : 110 € - 190 € (2 personnes) –275 € (3 personnes)

Adulte

Enfant (7 ans – 14 ans)

**Photo
Obligatoire**

(à coller)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Sexe : M F

Age : _____

Nationalité : _____

N° de sécurité sociale : _____

Poids : _____ Kg

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Mobile : _____

Adresse mail (afin de recevoir les news du club tout au long de l'année) :

RÈGLEMENT : Chèque n° _____ banque _____

Espèces

Total : _____ €

Cotisation réglée le : ___ / ___ / ___

IMPORTANT : joindre un certificat médical (daté au minimum du 1^{er} septembre 2009) portant la mention **FULL CONTACT/KICK BOXING**, 1 photo d'identité récente et une autorisation parentale pour les mineurs.

AUTORISATION PARENTALE

Saison 2009 / 20010

Je soussigné(e), _____
père, mère, tuteur, représentant légal (1)

Autorise (2) _____
à participer aux activités (Full contact / Kick-Boxing) de l'association sportive AFKB de Villeneuve le roi et à effectuer le trajet seul du domicile au club et vice-versa, dégageant toute responsabilité le club en cas d'accident à l'extérieur de ses locaux et en dehors des horaires de cours pratiqués à la **salle d'entraînement n°1 du gymnase Daniel Féry - avenue du 8 mai 1945 – 94290 Villeneuve le roi.**

Autorise le responsable ou le représentant du club à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité.

OUI NON

(Rayer la mention inutile)

Je suis informé que (2) _____ est assuré (affiliation club, licence individuelle) par la FFFCDA & la FFSCDA (MDS pour les non compétiteurs) et que je peux contracter une assurance complémentaire individuelle accident.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du représentant légal :

(1) rayer la mention inutile

(2) indiquer le nom et prénom du licencié

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1/ Nom : _____ Prénom : _____

N°tel portable : _____ N°t el domicile : _____

Adresse : _____

2/ Nom : _____ Prénom : _____

N°tel portable : _____ N°t el domicile : _____

Adresse : _____

CERTIFICATS MEDICAUX

Certificat général Mention Full contact / Kick Boxing	Fond d'œil (compétiteur)	Electrocardiogramme (compétiteur)