

FIGHTING SPORTS ACADEMY

SAISON/.....

Association Guéretoise des Sports de Combat (AGSC)

1-Inscription annuelle ADULTES et ENFANTS

BOXE PIEDS POINGS / BOXE ANGLAISE /

AEROKICK / SELF DEFENSE (écrire lisiblement)

NOM :

Prénom :

Adresse (complète) :

Téléphone :/...../...../.....

Email (*bien écrire) :

.....@.....

Ville et Dpt De Naissance :

Ville : Dpt :

Date de Naissance :

...../...../.....

Profession :



Je demande en option une licence de :

- Boxe pieds poings euros
- Boxe anglaise euros
- Boxe loisir euros
- Aérokick euros
- Self défense euros
- euros

2-Je soussigné(e)

Demande mon inscription personnelle

Demande l'inscription de mon enfant (6 ans minimum)

3-J'accepte de payer une cotisation annuelle de (cocher les cases vous concernant)

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Boxe anglaise adulte euros | <input type="checkbox"/> sans licence | <input type="checkbox"/> avec licence euros |
| <input type="checkbox"/> Boxe pieds poings adulte euros | <input type="checkbox"/> sans licence | <input type="checkbox"/> avec licence euros |
| <input type="checkbox"/> Boxe adulte multidisciplines euros | <input type="checkbox"/> sans licence | <input type="checkbox"/> avec licence euros |
| <input type="checkbox"/> Boxe éducative multidisciplines euros | <input type="checkbox"/> sans licence | <input type="checkbox"/> avec licence euros |
| <input type="checkbox"/> Aérokick - Self défense euros | <input type="checkbox"/> sans licence | <input type="checkbox"/> avec licence euros |
| <input type="checkbox"/> euros | <input type="checkbox"/> sans licence | <input type="checkbox"/> avec licence euros |

4-Je joins

Un certificat médical d'aptitude à la pratique de la discipline concernée (obligatoire)

!!! Attention : sans le certificat médical, l'accès aux cours est impossible !!!

Le montant Total (cotisation + licence en option) de€ (chèque ou espèces)

Je m'engage à respecter le règlement intérieur et je déclare en avoir pris connaissance. Je prends note que le club est fermé juillet et août et pendant les vacances scolaires. Je certifie avoir consulté un médecin du sport et atteste sur l'honneur de n'avoir aucune contre-indication médicale pour la pratique des disciplines choisies. Je décharge AGSC et chacun de ces membres de toute obligation ou action de réclamation et relative à toutes blessures que je pourrais subir à l'occasion de ma pratique aux disciplines choisies. J'autorise l'école AGSC à utiliser mon image et mon nom (ou celle de mon enfant) sur les médias de communication comme internet pour promouvoir les activités dispensées sans prétendre à aucune indemnité financière.

à, le / / 20.....

Signature précédée de « lu et approuvé »