

# Dossier d'inscription ADULTES

## ATTENTION ! Aucun dossier ne sera accepté sans :

- Certificat médical (à faire remplir par le médecin directement sur cette fiche)
- Remise du règlement intérieur signé (à imprimer sur le site [www.FCBTfighting.com](http://www.FCBTfighting.com))

### FCBT Sartrouville

Gymnase Romain-Rolland - 6 rue Marseille  
Lundis & Jeudis - 20h15 à 21h45

### FCBT Pontoise

Gymnase Mandela (Louvrais) - Bd Europe  
Mercredis & Vendredis - 20h à 21h30



Tél. FC BT : 06.51.23.26.29

[info@FCBTfighting.com](mailto:info@FCBTfighting.com)



FC BT



[fcbt.fighting](https://www.instagram.com/fcbt.fighting)



[fcbt\\_fighting](https://www.snapchat.com/add/fcbt_fighting)

## RENSEIGNEMENTS

Nom	_____	Prénom	_____		
Adresse	_____				
		Email	_____		
Téléphone		Tél. 2	_____		
Profession (ou classe si mineur)		Né(e) le	_____		
N° Licence	_____	Réinscription	<input type="checkbox"/>		
		1ère inscription	<input type="checkbox"/>		
Cochez votre choix	Loisir	<input type="checkbox"/>	Compétition	<input type="checkbox"/>	La décision finale revient à l'entraîneur

## CERTIFICAT MEDICAL (Daté à partir du 1er septembre)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour Mme, M. \_\_\_\_\_

et avoir constaté l'absence de signe(s) clinique(s) décelable(s) contre-indiquant la pratique du Kickboxing en loisir et en compétition.

*Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) ou du responsable légal pour les mineurs, pour faire valoir ce que de droit.*

<u>Age</u>	_____	<u>Date</u>	_____	<u>Signature</u>	_____
<u>Taille</u>	_____			<u>et cachet</u>	_____
<u>Poids</u>	_____			<u>du médecin</u>	_____

## AUTORISATIONS PARENTALES MINEURS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| * autorise / n'autorise pas | mon enfant à pratiquer le Kickboxing pour la saison en cours.  |
| * autorise / n'autorise pas | mon enfant à rentrer par ses propres moyens à la sortie des cours.   |
| * autorise / n'autorise pas | l'équipe médicale à effectuer les soins nécessaires à la pathologie et à faire transporter mon enfant vers un établissement sanitaire si besoin. |

*\* rayez la mention inutile*

Date

Signature du responsable légal

## INSCRIPTION

**COTISATION ANNUELLE DE 280 € : Possibilité de régler en 1 ou 3 fois**

<b>En 1 chèque</b>	<u>1 chèque à remettre à l'inscription</u>	280 €	Encaissement à l'inscription
<b>En 3 chèques</b>	<u>3 chèques à remettre à l'inscription</u>	120 €	Chèque n°1 encaissé à l'inscription
		80 €	Chèque n°2 encaissé le mois suivant l'inscription
		80 €	Chèque n°3 encaissé 2 mois suivant l'inscription

**NE RATEZ AUCUNE INFO ! INSCRIVEZ-VOUS A LA NEWSLETTER SUR LE SITE**