Remis le :

Club de Boxe de Capbreton
Mr Cyril DUBO
172 LOT BERNS
40 230 SAUBRIGUES
capbretonboxingclub@gmail.com
www.capbretonboxingclub.sitew.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de Naissance : **Lieu de Naissance :**

Poids :

Téléphone :

Adresse Mail :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Médecin traitant :

N° Téléphone :

Déjà licencié dans un club de boxe anglaise par le passé : OUI ou NON

Ce document est à remettre avec votre certificat médical, accompagné d'une photo d'identité par mail (capbretonboxingclub@gmail.com) et du règlement intérieur signé.

Règlement par espèces, ou cheque.

Pour la saison 2023/2024, pas de boxe pendant les vacances scolaires.

Pas de remboursement en cas de fermeture pour COVID.

Tarif des licences : Nous n'acceptons pas le pass sport.

- **180 euros** ***(si paiement dans les 3 semaines de la remise de ce document, 210€ au-delà de 3 semaines)***

Numéro de Tel. utiles :

Président : Cyril DUBO 06 37 18 42 78
Trésorier : Régis HAMON 06 47 74 61 20 capbretonboxingclub@gmail.com

Suivez les actualités sur la page facebook et le site internet du club

Association N° 0401105447, affiliée à la Fédération Française de Boxe
Tour essor, 14 rue Scandicci, 93 508 Pantin Cedex

FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

DEMANDE DE LICENCE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PHOTO

Civilité* : ☐ Mme ☐ M.

Nom d'usage* : ……

Nom de naissance* : ……

Prénom *: ……

Né(e) le* : …../…../…… à (Ville)*: ……

Pays de naissance*: …… Nationalité * : ……

Naturalisation * : …../……/……. n° : ……

Adresse* :

N°* : …… Rue* : ……

CP* : …… Ville* : ……

Email * : ……@……

Téléphone* : ……

Responsable légal pour les mineurs :
(obligatoire pour les mineurs)

Nom * : ……

Prénom *: ……

Email * : ……@……

Téléphone* : ……

Licence demandée :

- ☑ BEAL
- ☐ BA
- ☐ Dirigeant : ……
- ☐ Cadre technique : ……
- ☐ Officiel : ……

Conditions d'utilisation des données *:

Je soussigné, (Nom/Prénom*) ……(son représentant légal le cas échéant), déclare avoir pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter.

Droit à l'image* :

Je soussigné, ……(son représentant légal le cas échéant) autorise le club …… à insérer ma photo d'identité sur ma licence et autorise la FFBoxe et le club à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles. Cette autorisation est consentie pour le territoire français et une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image. Je reconnais avoir été informé que je disposais d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concerne (art. 34 de la loi " Informatique et Libertés "), soit dans mon espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Française de Boxe. J'atteste également que j'ai pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui ☐ Non☐

Offres commerciales* :

Je soussigné, (Nom/Prénom*) ……(son représentant légal le cas échéant), autorise la FFBoxe à m'adresser des offres commerciales. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui ☐ Non☐

Lettre d'informations :

Je souhaite m'abonner à la newsletter fédérale

Oui ☐ Non☐

*** mentions obligatoires**

Date : ……/……/……

Signature obligatoire du postulant
(ou du détenteur de l'autorité parentale)

FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE
CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'Etat et rempli complètement :

Signature, n° RPPS et cachet professionnel du praticien obligatoires.

Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.

FFBoxe – certificat d'absence de contre-indication à la pratique des disciplines fédérales

Je soussigné(e)* : …….

Certifie que :
M, Mme (Prénom et NOM) * : ……

Né(e)*: ……/……/…….

❑ Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique de :

❑ **Aeroboxe** ❑ **Boxe Educative Assaut et Loisir** ❑ **Vétéran** (>40 ans) ** ❑ **Handi-Boxe**

Si tel n'est pas le cas, cochez l'une des cases correspondantes ci-après :

❑ Présente une contre-indication médicale à la pratique de la boxe

❑ Demande l'avis médical fédéral et transmet un compte-rendu médical au médecin fédéral à l'adresse suivante : maryannickmachard@wanadoo.fr

Date : …../…../……

Signature et cachet **obligatoires** du médecin :

N° RPPS : ……

N° d'Inscription à l'Ordre des Médecins : ……..

*informations obligatoires

** une épreuve d'effort sera demandée lors de la première demande