

NEW OLYMPIC SAVATE

BULLETIN D'INSCRIPTION - SAISON 2025/2026

Mr, Mme, Melle
Prénom
Date et lieu de naissance
Profession (facultatif)
Adresse
Adresse mail

Téléphone personnel

CERTIFICAT MEDICAL : (cocher) ☐ Oui ☐ Non

J'ai été informé que je dois faire l'objet d'un examen médical m'autorisant sans contre indication à pratiquer la Savate Boxe Française, certificat que je dois remettre dès ma première participation à une séance de l'association.

Je dégage New Olympic Savate de toutes responsabilités si je ne consulte pas le médecin.

Fait

à le
(signature)

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e)

Autorise mon fils, ma fille à pratiquer la Savate Boxe Française
(signature)

Conformément au règlement intérieur, l'association informe tout adhérent, qu'aucune cotisation ne peut être remboursée.

Partie réservée à l'association

Montant de la cotisation.....Euros

RèglementEuros par CCP/Chèque bancaire/Espèces le.....

Cotisation :

+ de 16 ans 240,00 euros avec tee shirt

(merci d'entourer la taille : S M L XL)

- de 16 ans 190,00 euros sans tee shirt

131 rue Alexis Perroncel – 69100 Villeurbanne

☎ 04 78 03 80 77 ou 06 82 34 39 05

Email : contact@newolympicsavate.fr

Site Web : www.newolympicsavate.fr