

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénoms :** \_\_\_\_\_

**Date de Naissance :** \_\_\_\_\_ **Profession :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Email :** \_\_\_\_\_

**Personne à contacter en cas d'urgence (téléphone) :** \_\_\_\_\_

**CODE MORAL**

Les adhérents de BOXE DEFENSE REUNION s'engagent à respecter le code moral suivant :

«Adhérent de BOXE DEFENSE REUNION, je m'engage à respecter la charte de conduite suivante et ferai preuve :

- *d'honnêteté*
- *d'humilité*
- *de respect de nos statuts, de notre règlement intérieur*
- *de non-agressivité*

En outre, je m'engage à n'utiliser les techniques de SELF-DEFENSE et de BOXE que pendant les cours ou dans le seul but de défendre mon intégrité physique et celle de mes proches.

Je devrai également contribuer à instaurer un climat d'amitié, de simplicité et ne participer à aucune forme de discrimination.

**SIGNATURE**

*précédée de la mention « lu et approuvé »*

## Certificat Médical

Je soussigné, Docteur

atteste que

ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive de la BOXE , de la SELF-DEFENSE et des sports de combat en général.

Date :

Signature et cachet du Médecin :

## Attestation d'assurance

Fournir une attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les dommages corporels

## Autorisation utilisation image

Je soussigné,

**autorise, n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'association BOXE DEFENSE REUNION à transmettre, diffuser reproduire et/ou utiliser mon image individuelle et en groupe, telle que photographiée ou filmée lors d'entraînement ou de démonstration. Cette autorisation vaut à toutes fins de promotion de l'activité sportive et/ou des activités de l'association.**

**J'autorise, n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'association à m'identifier par mon nom et prénom sur ces mêmes supports (vidéos, photos...etc.) cités ci-dessus.**

Fait à

le

SIGNATURE