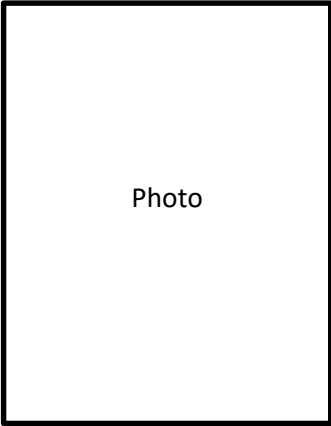


SAISON 2021 / 2022

ULIS TOP TEAM

E-mail: ulistopteam@gmail.com
Facebook: [Ulis Top Team](#)
Instagram: [Ulis top Team](#)
Site Web: www.ulistopteam.com



Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

Adulte
(+ De 16 ans)

Enfant
(De 8 à 12 ans)

Adolescent
(De 12 à 16 ans)

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance des garanties d'assurance liées à l'inscription au club. Je reconnais avoir été informé(e) des possibilités de souscrire des formules de garanties complémentaires susceptibles de réparer les atteintes portées à mon intégrité physique (souscription de capitaux invalidité et décès plus importants).

Je soussigné(e), ayant l'autorité parentale, autorise l'enfant inscrit ci-dessus à pratiquer les disciplines pugilistiques dans le cadre du club ULIS TOP TEAM et à être pris en charge par le moniteur après m'être assuré(e) de sa présence sur le lieu des cours et uniquement pendant les cours.

Je soussigné(e),, confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur du Club Ulis Top Team.

Lu et approuvé le : / /

Signature (obligatoire) :

SAISON 2021 / 2022

ULIS TOP TEAM

E-mail: ulistopteam@gmail.com

Facebook: [Ulis Top Team](#)

Site Web: www.ulistopteam.com

Certificat Médical

En application des articles 231-1 et 231-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur.....
Certifie avoir examiné ce jour M, Mme,

.....
Né(e) le / /

Demeurant à :
.....
.....

Taille :

Poids :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication pour la pratique
des disciplines : **Muay Thaï / Kick-Boxing / K1 Rules**

Loisir **Compétition (assauts)** **Compétition (combat)**

Fait à

Le / /

Cachet du Médecin / Signature du Médecin