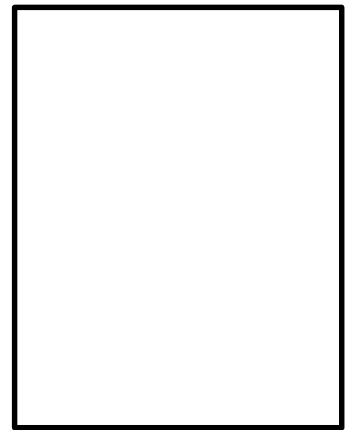


# ULIS TOP TEAM

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



Nom : ..... Prénom  
: .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  F  M

Adulte (+ De 16 ans)  Enfant (De 4 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) :**

# ULIS TOP TEAM

E-mail: [ulistopteam@gmail.com](mailto:ulistopteam@gmail.com)  
Facebook: Ulis Top Team  
Site Web: [www.ulistopteam.com](http://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 (Combats)

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Cachet du Médecin / Signature du Médecin**