

BOXE ANGLAISE / BOXE THAILANDAISE

Association loi 1901  
Journal Officiel du 6/11/2010 N°01108  
N° Association Préfecture : W784002257  
N° de SIRET : 528 793 615 00014  
Contrat Assurance : MACIF

**Photo  
Obligatoire**



## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELLE**

*(Ces informations seront conservées par les dirigeants)*

Cocher l'une des cases

Boxe thaïlandaise :

Boxe Anglaise :

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

N° de portable : .....

N° de téléphone d'un parent si l'enfant inscrit est mineur :

Adresse mail : .....

## **Droit à l'image**

*Je soussigné(e) :*

\*Barrer la mention inutile

Consens\* ou ne consens\* pas à être photographié et ou filmé Par le Club du **Versailles Boxing Club** et autorise **Le Versailles boxing club** à reproduire et à diffuser, directement ou par l'intermédiaire de tiers, à titre non exclusif, les photographies et vidéos me représentant ou représentant mon enfants ....., ainsi qu'à exploiter ces clichés et vidéos, en partie ou en totalité, sous toute forme et sur tous supports y compris dans le cadre d'exploitations commerciales.

Les utilisations de mon image ne devront en aucune façon porter atteinte à ma vie privée, et plus généralement me nuire ou me causer un quelconque préjudice.

Je reconnais par ailleurs que je ne suis lié(e) à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Cette autorisation de l'utilisation de mon image à une validité illimitée à compter de sa signature et est consentie à titre gracieux.

Fait à

le

Signature



## Fiche d'urgence

Nom : . . . . . Prénom : . . . . . Date de naissance : . . . . .

Nom des parents ou du représentant légal si mineur : . . . . .  
. . . . .

Adresse : . . . . .

N° de téléphone : . . . . .

***En cas d'accident, Versailles-Boxing-Club s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous communiquant les numéros de téléphone suivant :***

Père : N° de tél. du travail : . . . . . N° de portable : . . . . .

Mère : N° de tél. du travail : . . . . . N° de portable : . . . . .

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : . . . . .

***En cas d'urgence, un adhérent accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un adhérent mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.***