



INFORMATIONS DU PRATIQUE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

TARIFS À L'ANNÉE (à cocher)

- | | |
|---|-------|
| ☐ Personne seule | 180 € |
| ☐ Enfant (moins de 18 ans) | 120 € |
| ☐ Couple | 250 € |

CONTACT D'URGENCE

Nom :

Lien avec le pratiquant :

Téléphone :

INFORMATIONS MÉDICALES IMPORTANTES

.....
.....

AUTORISATIONS

- | | |
|--|---|
| ☐ Autorisation de soins et d'hospitalisation en cas d'urgence | ☐ J'accepte d'être ajouté au groupe WhatsApp du club |
| ☐ J'autorise l'utilisation de mon image | ☐ Je refuse d'être ajouté au groupe WhatsApp du club |
| ☐ Je refuse l'utilisation de mon image | ☐ Je reconnais avoir pris connaissance' du règlement intérieur de Fight 24 |

Le règlement intérieur est affiché dans les locaux du club et disponible sur le site internet officiel de Fight 24.

AUTORISATION PARENTALE (MINEURS)

Je soussigné(e)

Responsable légal de

Autorise mon enfant à participer aux activités de Fight 24.

PARTIE RÉSERVÉE AU CLUB

Numéro de licence :

Païement : ☐ Espèces ☐ Chèque ☐ Pass Sport

☐ JE CERTIFIE L'EXACTITUDE
DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS.

Date : ____ / ____ / ____

Signature de l'adhérent ou du représentant légal pour les mineurs :

.....