



HOUPLIN-ANCOISNE BOXING CLUB

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM.....PRENOM.....

Date de naissance.....Lieu.....

Taille.....

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

Téléphone fixe.....Téléphone portable.....

E-Mail.....@.....

Mutuelle ou assurance extra scolaire : OUI / NON

PARENTS - RESPONSABLE LEGAL

NOM.....

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

Téléphone fixe.....Téléphone portable.....

E-Mail.....@.....

PERSONNE N'A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Téléphone Père.....Téléphone mère.....

En cas d'accident nécessitant une intervention urgente, nous autorisons l'entraîneur ou le Président du club à prendre toutes les dispositions nécessaires pour le licencié.

Hôpital ou clinique.....

Contre-indications médicales.....

Nom du médecin de famille.....Tèl.....

Signature du Père

Signature de la mère

E-mail : houplinancoisneboxingclub@gmail.com

www.houplinancoisneboxingclub.com

Tel : 06.52.75.09.25