



# Association sportive A.M.I Boxing

## FICHE D'INSCRIPTION AU COURS ADOS

(de 11 ans à 15 ans)

### COURS DE BOXE THAÏ et KICKBOXING

Gymnase des Naquettes, 1 rue Alexandre Dumas

95220 Herblay-sur-Seine

TEL: 07.82.43.34.00

Site web: [www.amiboxing.com](http://www.amiboxing.com)

Email: [contact@amiboxing.com](mailto:contact@amiboxing.com)

Adhérent N° \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'admin / Fiche d'inscription complète  - certificat médical  - règlement  - photo  - signature

#### Vos Coordonnées (\*Merci de remplir tous les champs obligatoires)

Nom*	Prénom*
Adresse*	
Date de naissance*	Ville et CP*
Téléphone*	Email*

#### Horaires d'entraînement

- Groupe Ados : de 11 à 15 ans - Lundi et Vendredi de 18h à 19h30

#### Conditions d'inscription aux cours de Muay Thaï et Kick Boxing

Montant de la cotisation annuelle (assurance incluse)

- > Ados : 240 € (Hors Herblaysien 250€)

#### Documents à fournir :

- La fiche inscription complétée
  - Le questionnaire de santé signé
  - Règlement de la cotisation annuelle : en espèce, par CB ou Paypal sur le site internet [amiboxing.com](http://amiboxing.com)
  - Règlement par chèque bancaire, chèques vacances ou coupon sport ANCV
- \*Règlement en 3 fois possible (uniquement par chèque)



**Le premier cours d'essai gratuit - l'accès au 2ème cours ne sera pas possible sans dossier complet.**

#### Matériel obligatoire pour les cours

Gants de boxe, 1 paire de bandes, protège-dents, protège tibias avec pieds, coquille de protection, casque de boxe (Kit disponible sur le site du club), short de boxe, T-shirt, une corde à sauter. Bouteille eau

#### Autorisation parentale pour les mineurs

Je soussigné(e) Monsieur, Madame.....

Autorise mon enfant (nom, prénom).....

- ✓ à participer au cours de Muay Thaï, Kick Boxing dispensé par l'association A.M.I Boxing,
- ✓ à utiliser, dans le cadre pédagogique (site Internet, publications) des photos de mon enfant prises pendant les cours. (Ces photos sont sans but lucratif et sans publier les noms de famille).

J'autorise le responsable de l'activité à faire soigner mon enfant en cas d'accident.

Signature du représentant légal :

Date :	Signature de l'adhérent :
--------	---------------------------