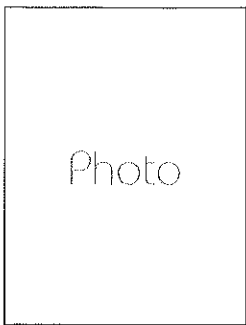


Remplir au stylo bille  
Feuillelet à conserver par le club

# fiche d'inscription



## Espace Maurice Niles

11, rue du 8 Mai 1945 - 93000 BOBIGNY  
Tél. : 01 48 30 37 39 - Fax : 01 48 30 99 11  
E-mail : accueil@acbobigny.com  
Site internet : www.acbobigny.com

Saison : ..... Section : .....

Adhérent     Ancien     Nouveau     Membre     Dirigeant     Encadrant

Nom de l'adhérent : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M

Né(e) le : ...../...../..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse : ..... Appt N° : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... E-mail : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Port. : ..... Tél. Travail : .....

N° de sécurité Sociale : ..... Allergies éventuelles : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom et Tél.) : .....

## Autorisation Parentale

Je soussigné ..... Père, Mère, Tuteur légal, autorise :

- mon enfant à s'inscrire à la section ..... de l'Athlétic Club de Bobigny.  oui  non
- Les dirigeants de la section à faire hospitaliser mon enfant en cas de besoin.  oui  non
- Les dirigeants de la section à transporter mon enfant en voitures particulières.  oui  non
- L'A.C.BOBIGNY à prendre et à utiliser les photos et vidéos de mon enfant pour une diffusion sur différents supports de communication, site internet du club...  oui  non

J'ai bien pris connaissance des règles principales au règlement intérieur (voir verso).

Fait à Bobigny, le .....

Signature Précédée de la mention « lu et approuvé »

L'adhérent	Le père, la mère, le responsable légal
------------	--

## Cadre réservé au bureau de section

Licence Fédérale     oui     non    Assurance complémentaire individuelle (3€)     oui     non

• En adhérent à notre club omnisports, vous serez automatiquement assuré par l'assurance de la fédération, dont vous dépendez, si vous faites des compétitions.

Cotisation	Assurance club MMA	Bon CAF	Bon ANCV / autres	Réduction Club	Total à payer

## Paiement

en Espèce :     en Chèque     Banque : .....

Chèque N° : ..... Montant : .....     Chèque N° : ..... Montant : .....

Chèque N° : ..... Montant : .....     Chèque N° : ..... Montant : .....

Photo(s)     Enveloppe(s)     Certificat médical