

# DOSSIER D'INSCRIPTION : OLYMPIC BOXING TARN (À PARTIR DU 1ER FÉVRIER 2025)



NOM : ..... Prénom : .....

Pièces à fournir **OBLIGATOIREMENT** :

- ✓ Une photo d'identité
- ✓ Photocopie de pièce d'identité
- ✓ Demande de licence **FFBoxe** (2 fiches) dûment remplies (avec cachet du médecin **obligatoirement** sur la fiche « certificat médical »). La visite médicale doit **obligatoirement** être faite **après** le 1<sup>er</sup> Septembre 2024.
- ✓ Montant de la cotisation complet : **180€** (ou **150€** si naissance après 2009)

Tarif PROMO mi-saison 2024/2025



# FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE  
CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE



Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'Etat et rempli complètement :

Signature, n° RPPS et cachet professionnel du praticien obligatoires.

## Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.

## FFBoxe – certificat d'absence de contre-indication à la pratique des disciplines fédérales

Je soussigné(e)\* : .....

Certifie que :

M, Mme (Prénom et NOM) \* : .....

Né(e)\*: ...../...../.....

Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique de :

**Aeroboxe**    **Boxe Educative Assaut et Loisir**    **Vétérans (>40 ans)\*\***    **Handi-Boxe**

Si tel n'est pas le cas, cochez l'une des cases correspondantes ci-après :

Présente une contre-indication médicale à la pratique de la boxe

Demande l'avis médical fédéral et transmet un compte-rendu médical au médecin fédéral à l'adresse suivante : [maryannickmachard@wanadoo.fr](mailto:maryannickmachard@wanadoo.fr)

Date : ...../...../.....

Signature et cachet **obligatoires** du médecin :

N° RPPS : .....

N° d'Inscription à l'Ordre  
des Médecins :

.....

\*informations obligatoires

\*\* une épreuve d'effort sera demandée lors de la première demande



# FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

DEMANDE DE LICENCE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PHOTO

Civilité\* :  Mme  M.

Nom d'usage\* : .....

Nom de naissance\* : .....

Prénom\* : .....

Né(e) le\* : ...../...../..... à (Ville)\* : .....

Pays de naissance\* : ..... Nationalité\* : .....

Naturalisation\* : ...../...../..... n° : .....

Adresse\* :

N°\* : ..... Rue\* : .....

CP\* : ..... Ville\* : .....

Email\* : .....@.....

Téléphone\* : .....

**Responsable légal pour les mineurs :**  
(obligatoire pour les mineurs)

Nom\* : .....

Prénom\* : .....

Email\* : .....@.....

Téléphone\* : .....

Licence demandée :

- BEAL
- BA
- Dirigeant : .....
- Cadre technique : .....
- Officiel : .....

## Conditions d'utilisation des données \*

Je soussigné, (Nom/Prénom\*) .....(son représentant légal le cas échéant), déclare avoir pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter.

### Droit à l'image\* :

Je soussigné, .....(son représentant légal le cas échéant) autorise le club ..... à insérer ma photo d'identité sur ma licence et autorise la FFBoxe et le club à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles. Cette autorisation est consentie pour le territoire français et une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image. Je reconnais avoir été informé que je disposais d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concerne (art. 34 de la loi " Informatique et Libertés " ), soit dans mon espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Française de Boxe. J'atteste également que j'ai pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui  Non

### Offres commerciales\* :

Je soussigné, (Nom/Prénom\*) .....(son représentant légal le cas échéant), autorise la FFBoxe à m'adresser des offres commerciales. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui  Non

### Lettre d'informations :

Je souhaite m'abonner à la newsletter fédérale

Oui  Non

### \* mentions obligatoires

Date : ...../...../.....

Signature obligatoire du postulant  
(ou du détenteur de l'autorité parentale)

## INFORMATIONS CLUB

Article L-321-4 du Code du Sport : « Les associations et les fédérations sportives sont tenues d'informer leurs adhérents de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer. »

En attendant la régularisation de votre inscription à l'**Olympic Boxing Tarn** ou si vous souhaitez faire un cours d'essai, vous n'êtes pas couvert par l'assurance de la **FFBoxe**.

Ce cours ne peut se faire que sous réserve que vous signiez cette décharge de responsabilité.

Après ce cours, vous devez **IMPÉRATIVEMENT** fournir au club le dossier d'inscription complet comprenant un certificat médical de non-contre-indication à compléter sur la fiche de demande de licence.

Sans cette formalité, l'accès au cours vous sera refusé jusqu'à obtention du dossier complet.

- Je certifie avoir pris connaissance des conditions de participation et de fonctionnement du club et je m'engage à respecter son règlement intérieur (qui peut être consulté sur demande ou sur le site internet du club) et des codes de la FFBoxe.
- Autorise l'**Olympic Boxing Tarn** à utiliser mon image (*ou pour les adhérents mineurs : « l'image de mon enfant »*) pour promouvoir ses activités dans le cadre de ses locaux et en dehors de ses locaux (site internet, presse écrite...).
- J'autorise (*pour les adhérents mineurs*) l'**Olympic Boxing Tarn**, s'il n'a pas pu me contacter, à prendre toutes décisions nécessaires en cas de maladie(s), blessure(s), ou d'accident(s) survenus pendant l'activité sportive (entraînement, compétition, transport). Je donne également mon accord au médecin responsable pour pratiquer toute intervention ou soin qui s'avérerait indispensable, y compris l'hospitalisation.
- Autorise (*pour les adhérents mineurs*) mon enfant à effectuer, en cas de nécessité, les trajets liés à son activité sportive au sein de l'**Olympic Boxing Tarn** dans tout véhicule, qu'il soit conduit par une personne opérant à titre de bénévole ou à titre de transporteur professionnel.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur .....

avoir pris connaissance que je ne bénéficiais pas de l'assurance de la **FFBoxe** et décharge le club, ses dirigeants et les entraîneurs de toute responsabilité en cas d'accident de quelque nature que ce soit ou de dommage sans aucune exception survenu lors d'un cours d'essai ou lors du délai d'enregistrement de licence.

Fait à ....., le .....

Signature de l'adhérent (faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé ») :

Pour les enfants :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur .....

Père, mère, tuteur, représentant légal de l'enfant :

NOM Prénom ..... né(e) le ..... tél : .....

avoir pris connaissance que mon enfant ne bénéficiait pas de l'assurance de la **FFBoxe** et décharge le club, ses dirigeants et les entraîneurs de toute responsabilité en cas d'accident de quelque nature que ce soit ou de dommage sans aucune exception survenu lors d'un cours d'essai ou lors du délai d'enregistrement de licence.

Fait à ....., le .....

Signature de l'adhérent :

Signature du responsable légal (faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé ») :