

**BRG****Fiche individuelle adulte de renseignements**

Nom et prénom	Date de naissance	M F Sexe
Téléphone personnel	mail	
Adresse		
Ville	Code postal Ville	

Personnes à contacter en cas d'urgence

Première personne à contacter		Deuxième personne à contacter	
()	()	()	()
Téléphone personnel	Téléphone professionnel	Téléphone personnel	Téléphone professionnel
Adresse		Adresse	
Code postal Ville		Code postal Ville	

Renseignements médicaux

Hôpital/clinique de votre choix

Nom du médecin traitant	Téléphone
Compagnie d'assurances	N° de police

Allergies/Antécédents médicaux

Je, soussigné(e), autorise à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, radios, analyses, anesthésies, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par votre l'état, si aucune des personnes à contacter ne peut être jointe en cas d'urgence.

Signature	Date
-----------	------

J'autorise à participer à toutes les rencontres SPORTIVES. Je dégage BOXING RING GARDEEN et les organisateurs/accompagnateurs de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir au cours des activités en liaison avec LA BOXE, sous réserve que les procédures de sécurité normales aient été respectées.

Signature	Date
-----------	------

Je soussigné(e) autorise le club BRG à photographier et à utiliser mon image sur tous supports

Signature	
-----------	--