

# Fiche d'inscription



**Espace Maurice Niles**  
11, rue du 8 Mai 1945 - 93000 BOBIGNY  
Tél. : 01 48 30 37 39  
E-mail : acbobignysiege@gmail.com  
Site internet : www.acbobigny.fr

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

Adhérent  Ancien  Nouveau  Membre  Dirigeant  Encadrant

Nom de l'adhérent : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M   
Né(e) le : ..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....  
Profession : ..... Autres sections : oui  non  Si oui, laquelle : .....  
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'Athétic Club de Bobigny.
- 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

Cotisation	Assurance club MMA	Bon CAF	Passport	Bon ANCV	CE	Réduction Club	Restant à payer

**Paiement**  CB .....  en Chèque (nom de la banque): .....  Espèce (somme) : .....

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

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

Photo(s)  Enveloppe(s)  Certificat médical

# Fiche d'inscription



**Espace Maurice Niles**  
11, rue du 8 Mai 1945 - 93000 BOBIGNY  
Tél. : 01 48 30 37 39  
E-mail : acbobignysiege@gmail.com  
Site internet : www.acbobigny.fr

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

Adhérent  Ancien  Nouveau  Membre  Dirigeant  Encadrant

Nom de l'adhérent : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M   
Né(e) le : ..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....  
Profession : ..... Autres sections : oui  non  Si oui, laquelle : .....  
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'Athétic Club de Bobigny.
- 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Assurance complémentaire individuelle (3€) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	--

Cotisation	Assurance club MMA	Bon CAF	Passport	Bon ANCV	CE	Réduction Club	Restant à payer

**Paiement**  CB .....  en Chèque (nom de la banque): .....  Espèce (somme) : .....

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

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

Photo(s)  Enveloppe(s)  Certificat médical