



1ere Inscription ☐

Déjà inscrit la saison dernière ☐

Nom de l'adhérent : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Date de naissance : / /

Téléphone RESPONSABLE LEGALE : _____

Email en lettre capitale : _____

Autorisation parentales pour les moins de 18 ans

Noms des parents ou du tuteur légal : _____

J'autorise mon fils - ma fille(s) : _____

à pratiquer la boxe au sein de l'association Né Pour Combattre à Saint Chamond.

Autorisation droit à l'image :

☐ **Autorise** ☐ **Refuse** que mon enfant ou que je sois pris(e) en photo et/ou filmé lors des entraînements et/ou de manifestations organisées par l'association et d'utiliser ces mêmes images et/ou vidéos à titre gracieux uniquement à des fins de communication : affiche, plaquette, article presse et magazine, calendrier, site internet du club.

Règlement intérieur :

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association (QRcode , site internet www.nepoucombattre.com et afficher en salle d'entraînement).

Date : / /

Signature des parents ou du tuteur légal :

(« lu et approuvé »)

TARIFICATION MENSUEL :

CONDITIONS DE REGLEMENT : Mensualités par prélèvement, ou comptant (**minimum 10 mois reconductible**).

FRAIS Inscription : 36 euro + **CHEQUE DE CAUTION 10 mois engagement tous formules.**

- **Equipement obligatoire 3 euro/mois pour les enfants; 4 euro/mois pour les adultes.**
- ☐ **Kick/K1 40 euro/mois.** ☐ **MMA/LUTTE 40 euro/mois.** ☐ **FULL Combat 70 euro/mois**
- ☐ **FORFAIT FULL MMA ou kick + Prépa-physique 50 euro /mois (Badge 20 euro dont 10 euro de caution)**
- ☐ **FORFAIT FULL Combat + Prépa-physique 80 euro/mois (Badge 20 euro dont 10 euro de caution)**
- ☐ **FORFAIT PROS 170 euro/mois :** Accès Salle 7j/7j ,3 cours de coaching, suivi Diététique, Prépa-physique.
- ☐ **FORFAIT ADO 40 euro/mois.**
- ☐ **FORFAIT Enfant de 5 à 12 ans 35 euro/mois.**
- ☐ **Accompagnant Mineur 15 euro accès aux machines pendant leur attente des cours des mineurs**
- ☐ **Prépa-Physique et Musculation 35 euro/mois (Badge 20 euro dont 10 euro de caution)**
- ☐ **Body MMA Carte de 10 séances 70 euro ou 280 euro la saison.**
- **Coaching privé / séances extérieures : Cours perso ou plaques : 90€ (Tarif licenciés NPC : 60€)**



Pratiquant mineur – Pratique de la compétition en assaut ou pratique de loisir sans compétition Prise de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé “ QS-SPORT ” MINEUR

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale

Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport, c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐	Ton âge : ans	
Depuis l'année dernière ...	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré (e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) ...		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐

Aujourd'hui...		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	☐	☐

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.



PRATIQUE ASSAUT & LOISIRS

Prise de licence «praticant mineur»

ATTESTATION Questionnaire de santé SPORT

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM],
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]....., atteste
qu'il/elle a renseigné le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur (arrêté du 7
mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du représentant légal

MANDAT de Prélèvement SEPA		NPC
Référence Unique du Mandat: 		
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez à l'association NÉ pour Combattre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association NÉ pour Combattre.		
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.		
Veuillez compléter les champs marqués *		
Votre Nom	* 	1
Votre adresse	* 	2
	Numéro et nom de la rue * * 	3
	Code Postal Ville 	4
	Pays 	5
Les coordonnées de votre compte	* Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	6
	* Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)	7
Nom du créancier	* 	8
I.C.S.	* Identifiant Créancier SEPA	9
	Numéro et nom de la rue * * 	10
	Code Postal Ville 	11
	Pays 	12
Type de paiement :	* Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐	13
Signé à	* 2 Lieu Date	14
Signature(s) :	* Veuillez signer ici 	15
Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.		
Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.		
Code identifiant du débiteur	 Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque.	16
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	 Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	17
	 Code identifiant du tiers débiteur	18
	 Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.	19
	 Code identifiant du tiers créancier	20
Contrat concerné	 Numéro d'identification du contrat Description du contrat	21
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complète, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.		
A retourner à : NÉ pour combattre 20 rue du Président Wilson 42400 Saint Chamond	Zone réservée à usage exclusif du créancier	

1 : La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
 2 : Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères

JOINDRE :
 UN R.I.B

ENGAGEMENT 10 mois reconductible automatiquement



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU KICK-BOXING,
MUAYTHAÏ, PANCRAÏE et DA EN LOISIRS ET EN COMPETITION « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »**

Je soussigné, Docteur(En lettres capitales)

(Date de l'examen) :

Certifie avoir examiné M.....

Né (e) le :

Mr/Melle.....

(Mentionner le nom et prénom)

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement, du loisirs et des compétitions « Educatif, Assaut et light » en Kick Boxing, Muaythai, Pancrace et leurs disciplines associées.

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin :