

DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANT — Saison 2026 – 2027

PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Ce formulaire complété et signé
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive
- Copie de la pièce d'identité de l'enfant
- Photo d'identité de l'enfant

1. INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

Pour les adolescents (12 ans et plus) :

E-mail : _____ Téléphone : _____

2. REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)

Père — Nom & Prénom : _____ Téléphone : _____

Mère — Nom & Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

Adresse postale : _____

3. FORMULE D'ADHÉSION 2026 – 2027

JJB Baby 4 – 5 ans	JJB Kids 1 6 – 8 ans	JJB Kids 2 9 – 11 ans	JJB Ados 12 – 16 ans	MMA+JJB Kids 6 – 11 ans	MMA+JJB Ados 12 – 17 ans
295 €	295 €	295 €	295 €	355 €	395 €
+ 41 € lic.	+ 41 € lic.	+ 41 € lic.	+ 41 € lic.	+ 41 € lic.	+ 41 € lic.
Formule choisie : ☐ JJB Baby ☐ JJB Kids 1 ☐ JJB Kids 2 ☐ JJB Ados ☐ MMA+JJB Kids ☐ MMA+JJB Ados					

Paielement : ☐ Chèque ☐ Espèces ☐ CAF ☐ Pass+ / Pass92 / Passe Sport

Montant : _____

4. AUTORISATION PARENTALE ANNUELLE & URGENCE MÉDICALE

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) de l'enfant mentionné(e) ci-dessus :

- Autorise mon enfant à pratiquer le Jiu-Jitsu Brésilien et/ou le MMA au sein d'INFINITY Combat pour la saison 2026-2027.
- Autorise l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris hospitalisation) ou toute intervention indispensable, en cas d'impossibilité de me joindre.
Reconnais que la prise en charge de mon enfant ne se fera qu'à partir du lieu d'entraînement et du rendez-vous fixé dans la convocation.
- Certifie que mon enfant est à jour de tous ses vaccins obligatoires (Tétanos, etc.).
- Certifie avoir produit un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive (JJB/MMA) datant de moins d'un an.
-

Contacts en cas d'urgence

Personne à prévenir n°1 Nom & prénom : _____ Qualité (lien) : _____ Téléphone : _____	Personne à prévenir n°2 Nom & prénom : _____ Qualité (lien) : _____ Téléphone : _____
---	---

Renseignements médicaux utiles

N° sécurité sociale : _____	Nom de l'assuré(e) : _____
Mutuelle : _____	Allergies connues : _____

5. AUTORISATIONS COMPLÉMENTAIRES

Droit à l'image — J'autorise INFINITY Combat à utiliser l'image de mon enfant à des fins de communication (réseaux sociaux, site web, affiches).

☐ OUI ☐ NON

Sortie autonome — J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) après un entraînement ou un événement organisé par INFINITY Combat.

☐ OUI ☐ NON

Assurance complémentaire — Je souhaite souscrire une assurance complémentaire pour mon enfant (renseignements disponibles à l'accueil).

☐ OUI ☐ NON

6. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (RGPD)

Conformément au RGPD (UE 2016/679) et à la loi Informatique et Libertés n° 78-17, INFINITY Combat collecte vos données aux seules fins de gestion des adhésions et de communication associative. Elles ne sont pas transmises à des tiers sans votre consentement. Vous disposez d'un droit d'accès, rectification, opposition et effacement : infos@infinitycombat.fr.

7. ENGAGEMENT DU REPRÉSENTANT LÉGAL

- ☐ M'engage à prendre connaissance du règlement intérieur d'INFINITY Combat et à le faire respecter par mon enfant.
- ☐ Certifie l'exactitude des informations communiquées dans ce formulaire.
- ☐ Reconnaît avoir pris connaissance des conditions tarifaires pour la saison 2026-2027.

Fait à: _____

Le : _____

Signature du représentant légal :

(précédée de la mention « Lu et approuvé »)