

# DOM BOXING CLUB

— AMICALE SPORTS LOISIRS JANVILLE/LARDY



SAISON  
2025/2026

## INFORMATIONS ADHÉRENT

Nom/Prénom :

Nom de Naissance :  Téléphone :

Né(e) à (lieu) :  Le :        
J J M M A A

Adresse :

Code Postal :  Ville :

E-Mail :

## AUTORISATIONS & URGENCES

Je, soussigné ,  autorise mon enfant à pratiquer

le kick boxing et ses disciplines associées.

J'autorise mon hospitalisation ou celui de mon enfant si nécessaire.

Personne à contacter en cas d'urgence :

Photo  
de l'Adhérent

## TARIFS\*

|                            |      |                          |
|----------------------------|------|--------------------------|
| Cours Loisirs/Compétiteurs | 240€ | <input type="checkbox"/> |
| Cours Enfants              | 150€ | <input type="checkbox"/> |
| Cours Féminins**           | 120€ | <input type="checkbox"/> |

Cotisation à l'ordre de : ASLJL KICK BOXING

Date & Signature du responsable légal :

## DOCUMENTS À FOURNIR

-Certificat & Questionnaire de Santé

-Règlement de la cotisation annuelle

Pratiquez vous déjà une activité au sein de l'ASLJL :

oui non

 

RENSEIGNEMENTS :

0 6 6 8 0 2 0 3 2 5

0 6 0 7 4 6 1 5 6 8

\*Tarifs à l'année, licence comprise.

\*\*Les féminines inscrites aux cours loisirs ont également accès au cours féminin.

## PLANNING DE LA SEMAINE

### LUNDI

Enfants

**18h20 / 19h20**

Loisirs/Compétiteurs

**19h30**

### MARDI

Loisirs/Compétiteurs

**20h15**

### JEUDI

Cours Féminin

**19h00/20h00**

Loisirs/Compétiteurs

**20h00**

### VENDREDI

Enfants

**17h30 / 18h30**

Libre accès

**18h30/21h30**

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le pratiquant s'équippa d'une tenue de sport, d'une bouteille d'eau, d'une serviette et de l'équipement nécessaire à la pratique de l'activité. Les cours s'effectueront pieds nus ou en chaussures de boxe.

Le matériel suivant est obligatoire : Protège Dent, Gants de Boxe (12oz, 14oz pour les +65kg), Protèges Tibias, Coquille, corde à sauter. Il est également recommandé d'investir dans un casque de boxe, des bandages ou sous gants.

Durant la Pratique : Le pratiquant ne portera pas de bijoux, de liens tissus ou de piercings.

Le règlement du gymnase intercommunal et les règles de citoyenneté seront respectés dans leur intégralité.

Les mineurs ne pourront quitter la salle qu'accompagné d'un représentant légal, ou après autorisation de l'éducateur/moniteur en charge de l'entraînement si le représentant du mineur l'a prévenu au préalable.

La cotisation est annuelle. En cas de difficultés à payer l'entièreté de celle-ci en une seule fois, contactez le bureau ou l'éducateur du club afin d'envisager l'étalement du paiement.

Après son adhésion, le pratiquant se doit de réunir les différents documents exigés, ainsi que de s'équiper rapidement. Passé 2 semaines, les encadrants se réservent le droit de refuser les adhérents ne disposant pas des prérequis.

Nous rappelons que vous vous engagez dans une structure associative. Aussi, l'esprit de cohésion, et d'entraide est indispensable au bon fonctionnement de cette dernière. Il est nécessaire d'arriver à l'heure ou de prévenir en cas de retard, d'aider à la mise en place et au rangement des équipements en cas de besoin.



Date & Signature du responsable légal  
suivi de la mention "lu & approuvé" :

RENSEIGNEMENTS :

0 6 6 8 0 2 0 3 2 5

0 6 0 7 4 6 1 5 6 8

Site Web : <https://elldom91.sportsregions.fr/>

Facebook : Dom Boxing Club



FÉDÉRATION FRANÇAISE  
DES CLUBS OMNISPORTS

# DEMANDE DE LICENCE FFCO A COMPLETER PAR L'ADHERENT - SAISON 2025/2026

Données transmises à DOKEOP, prestataire de la fédération

**Nom du club :**

**Numéro d'adhérent du club :**

## IDENTITE :

NOM : .....

PRENOM : .....

NOM de jeune fille : .....

Sexe :  M  F

Nationalité : .....

Né.e le : ...../...../.....

Lieu de naissance\* : .....

Code postal de naissance : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

Email : .....

..... Tel : .....

\*Si né.e à l'étranger,

Nom du père : .....

Nom de la mère : .....

## CATEGORIE DE LICENCE

Dirigeant.e  Praticant.e  Educateur.trice

Pour les dirigeant.e.s et éducateur.rice.s :

Département de résidence : ..... Département d'exercice : .....

## SECTION DE RATTACHEMENT :

.....

## ASSURANCES (OBLIGATOIRE)

- Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance :
  - des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
  - de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
  - de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :
- Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à envoyer, dès que possible, mon adhésion et son paiement à mon club.  
OU BIEN
- Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.
- Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir été informé de l'existence de

garanties relatives à l'accompagnement juridique et psychologique ainsi qu'à la prise en charge des frais de procédure engagés par les victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques.

## OFFRE COMMERCIALE :

- Je souhaite être informé.e d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFCO
- Je souhaite être informé.e d'offres préférentielles des partenaires officiels de la FFCO

## AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pour les personnes de plus de 50 ans : Le certificat médical est exigé à partir de 50 ans. Il est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

En dessous de 50 ans, seul le questionnaire de santé doit être complété.

Pour les personnes de moins de 50 ans ou les plus de 50 ans ayant fourni un certificat médical pour une demande de licence omnisports loisirs au cours des deux années précédentes : Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

- Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.
- Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez joindre un certificat médical.

## SIGNATURE DU LICENCIÉ OU REPRESENTANT LEGAL

Pour un licencié mineur : Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel (en cas d'application smartphone).

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur (NOM, Prénom) : .....  
Date de signature : **Signature**

## Questionnaire de santé

**RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.**

**DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :**

**OUI NON**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A ce jour :

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par le club, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'adhésion. *[Cela peut faire l'objet d'une clause à cocher dans vos fiches d'adhésions]*

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

***si vous êtes fumeur, nous vous conseillons une consultation médicale. Si vous êtes suivi pour une pathologie chronique, avertissez votre médecin de votre pratique sportive.***