

S. V. S. B. F

SOCIETE VINCENNOISE DE SAVATE BOXE FRANCAISE



<https://www.svsbf.fr/>

2026/2027

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Discipline pratiquée : **Savate Boxe Française** / **Savate Forme**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville et code postal :

Téléphone :

Email :

Ancien Club : N° licence

Niveau ou dernier Grade : Certif M. :

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ Licencié SBF (enfant 7/12ans) | <u>Tarif 150 € né (e)</u> |
| ☐ Licencié SBF (Ados 13/17 ans & 18 à 21ans) | <u>Tarif 190 € né(e)</u> |
| ☐ Licencié SBF (+21 ans) | <u>Tarif 210 €</u> |
| ☐ Licencié (Savate Forme) | <u>Tarif 150 €</u> |

Situation d'urgence Personnes à joindre en cas de nécessité :

Nom et Prénom :

Tél :

IMAGES FIXES OU ANIMEES

La prise et l'utilisation (exclusivement au sein du club) de photographies ou film.

☐ autorise ☐ n'autorise pas

Aucun remboursement ne pourra intervenir, sauf cause médicale.

Signature des parents ou du tuteur légal



LICENCE DE FEDERATION SPORTIVE DE BOXE FRANCAISE

AUTOQUESTIONNAIRE SANTE OBLIGATOIRE

POUR LES MAJEURS DE MOINS DE 50 ANS

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour l'obtention de votre licence sportive

Durant les 12 derniers mois :

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexpliquée ?
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?
- 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 ?
- 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?

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 ?
- 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
- 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

VEUILLEZ COCHER UNE DES REPONSES SUIVANTES :



J'ai répondu « **NON** » à toutes les questions (je peux pratiquer TOUTES les activités sans contraintes particulières sans fournir de certificat médical)



J'ai répondu « **OUI** » à une rubrique du questionnaire de santé, j'atteste avoir un certificat que je pourrais joindre si jamais on me le demande

Nom & Prénom :

Date :

SIGNATURE :

S.V.S.B.F. Société Vincennoise de Savate Boxe Française
Centre Sportif Hector Berlioz 112, avenue de Paris – 94300 Vincennes
www.svsbf.fr