

L'INSTITUTION DU NOBLE ART LYONNAIS.

DOSSIER D'INSCRIPTION
2026-2027



WWW.BOXINGLYONUNITED.FR



RENSEIGNEMENTS



☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Profession : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Activité(s) choisie(s) :

PROGRAMMES ENFANTS/ADOLESCENTS :

- ☐ **BABY BOXE (4-7 ans)**
- ☐ **BOXE ÉDUCATIVE (8-14 ans)**
- ☐ **BOXE ADOS (15-17 ans)**

PROGRAMMES ADULTES :

- ☐ **FIT BOXE (100% féminin)**
- ☐ **BOXE ADULTE DÉBUTANT PASS CLASSIC**
- ☐ **BOXE ADULTE DÉBUTANT PASS GOLD**
- ☐ **BOXE ADULTE CONFIRMÉ PASS CLASSIC**
- ☐ **BOXE ADULTE CONFIRMÉ PASS GOLD**

Matériel BLU (optionnel)

- | | |
|---|------|
| ☐ Kit complet (Casque & gants BLU, protège dent et bandes) | 80 € |
| ☐ Kit sans casque | 50 € |
| ☐ Casque seul | 45 € |



MODALITÉ DE PAIEMENT



Possibilité de payer en 2 fois.

☐

Chèque

☐

Espèce



DOCUMENTS À RETOURNER



*** TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ ***

- 1 | POUR LES MINEURS : Fiche d'inscription datée et signée avec autorisation parentale**
- 2 | Certificat médical de non contre-indication à la pratique. Chaque adhérent doit obligatoirement fournir le certificat de la Fédération Française de Boxe. Le modèle est ajouté au présent dossier d'inscription.**
- 3 | 2 Photos d'identité (photocopie acceptée / nom & prénom au dos)**
- 4 | Une copie de votre pièce d'identité est nécessaire pour votre licence FFBoxe (recto/verso)**

☐

Je certifie avoir pris connaissance des conditions de participation et de fonctionnement du club et je m'engage à respecter son règlement intérieur ainsi que la Charte du BLU.

☐

J'autorise le BLU à exploiter mon image fixée dans le cadre de photographies pour la promotion et la communication du club sur les réseaux sociaux.

DATE ET SIGNATURE :

En s'inscrivant au Boxing Lyon United,
vous adhérez au projet sportif et social de l'association.
Aucun remboursement de cotisation ne pourra être exigé en cours d'année.



NOS TARIFS



Assurance comprise dans chaque tarif.

BABY BOXE (4-7 ans)

395€ /saison

BOXE ÉDUCATIVE (8-14 ans)

395€ /saison

BOXE ADOS (15-17 ans)

450€ /saison

FIT BOXE (100% féminin)

350€/saison

BOXE ADULTE DÉBUTANT & CONFIRMÉ :

PASS CLASSIC

490 € /saison

- Accès aux entraînements du lundi, mercredi et vendredi
- Jusqu'à 3 entraînements par semaine

PASS GOLD

650 € /saison

- Accès aux entraînements du lundi au vendredi
- Jusqu'à 5 entraînements par semaine
- Accès aux 2 créneaux supplémentaires du mardi et du jeudi
- Nombre de places limité



Retrouvez les plannings détaillés et informations relatives à chaque programme dans la section «COURS COLLECTIFS» de notre site internet :

WWW.BOXINGLYONUNITED.FR

Prêt(e) pour la saison ? Équipez-vous BLU !

Pour vous entraîner dans les meilleures conditions et défendre nos couleurs, le club propose du matériel officiel et 100 % personnalisé :

Kit complet (Casque & gants BLU, protège dent et bandes)	80 €
Kit sans casque	50 €
Casque seul	45 €

NOUS CONTACTER

07 67 75 53 59

boxinglyonunited@gmail.com

Saison 2026-2027

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État et entièrement rempli.

Date, lieu, signature, numéro RPPS et cachet professionnel personnel du praticien obligatoire.**Note à l'usage du médecin examinateur :**

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet personnel dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- L'obtention de ce certificat est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire.
- Le postulant doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie de son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.
- Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé.

FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication à la pratique de la discipline suivante**☐ BOXE ÉDUCATIVE ASSAUT**

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom obligatoires) :

Certifie que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) :

Date de naissance (obligatoire)/...../.....

Les combattants BEA, ayant plus de 40 ans, au 1^{er} septembre de l'année en cours doivent obligatoirement pratiquer une épreuve d'effort cardiaque maximale qui sera valable 3 saisons sportives consécutives.

Ne cocher qu'une seule case :☐ Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique de la Boxe Educative Assaut☐ Présente une contre-indication médicale à la pratique de la Boxe Educative Assaut.**Observations :**

Certificat établi le :/...../..... À

Signature et cachet avec nom et prénom du médecin (obligatoire).

N° RPPS :

N° d'Inscription à l'Ordre des Médecins :

PAGE SUIVANTE :

**CERTIFICAT
POUR LES PERSONNES
DE PLUS DE 40 ANS
UNIQUEMENT.**



Saison 2026-2027

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État et entièrement rempli.

Date, lieu, signature, numéro RPPS et cachet professionnel personnel du praticien obligatoire.

Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet personnel dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- L'obtention de ce certificat est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire.
- Le postulant doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie de son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.
- Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé.

FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication à la pratique de la discipline suivante :

☐ LOISIR

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom obligatoires) :

Certifie que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) :

Date de naissance (obligatoire)/...../.....

Ne cocher qu'une seule case :

- ☐ Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique de la **Boxe Loisir**.
- ☐ Présente une contre-indication médicale à la pratique de la **Boxe Loisir**.

Observations :

Certificat établi le :/...../..... À

Signature et cachet avec nom et prénom du médecin (**obligatoire**).

N° RPPS :

N° d'Inscription à l'Ordre des Médecins :