



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BOXE

DEMANDE DE LICENCE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PHOTO

Civilité : Mme Mr
Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Né(e) le : / / à (ville) :
Pays de naissance : Nationalité :
Naturalisation : / / N° :
Adresse :
N° : Rue :
Code Postal : Ville :
Email : @
Téléphone :
Etablissement Scolaire ou Employeur :
Classe ou Profession :
Catégorie d'Age : N° Licence FFB :
Personne à prévenir en cas d'urgence :
Son numéro de téléphone :

Responsable légal pour les mineurs :

(obligatoire pour les mineurs)

Nom :
Prénom :
Email : @
Téléphone :

Licence demandée :

- Boxe Educative Assaut ou Boxe Loisir
 Boxe Amateur
 AéroBoxe ou Fit-Boxe
 Handi-Boxe
 Dirigeant :
 Cadre Technique :
 Officiel :

Conditions d'utilisation des données :

Je soussigné, (Nom/Prénom) (son représentant légal le cas échéant), déclare avoir pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter.

Droit à l'image :

Je soussigné, (son représentant légal le cas échéant), autorise le Boxing Club Vellave à insérer ma photo d'identité sur ma licence et autorise la FFBoxe et le club à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles. Cette autorisation est consentie pour le territoire français et une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image. Je reconnais avoir été informé que je disposais d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concerne (art. 34 de la loi « Informatique et Libertés »), soit dans mon espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Française de Boxe. J'atteste également que j'ai pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter.

Cocher la case pour confirmer ce choix : Oui Non

Offres commerciales :

Je soussigné, (Nom/Prénom) (son représentant légal le cas échéant), autorise la FFBoxe à m'adresser des offres commerciales.

Cocher la case pour confirmer ce choix : Oui Non

Lettre d'informations :

Je souhaite m'abonner à la newsletter fédérale : Oui Non

Date : / /

Signature obligatoire du postulant (ou du détenteur de l'autorité parentale)