

FICHE D'INSCRIPTION – SÉANCE DÉCOUVERTE 2025-2026

INFORMATIONS DU PARTICIPANT

- Nom et prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :
- Téléphone :
- E-mail :
- Personne à contacter en cas d'urgence :

AUTORISATIONS ET RESPONSABILITÉS POUR TOUS LES PARTICIPANTS

En signant ce document, je reconnais que la séance découverte est une activité physique à risque, que je participe volontairement, et que j'ai été informé(e) des précautions à prendre. Je décharge l'association Fighting Training Center, ses dirigeants, bénévoles et encadrants de toute responsabilité en cas d'accident survenu en dehors d'une faute avérée de l'encadrement. Je certifie avoir fourni des informations exactes et m'engage à informer l'association de tout changement de situation (médicale, adresse, etc.). Je m'engage également à respecter les consignes de sécurité données par l'encadrant(e).

Disciplines choisies (cocher la case)

- Kid-Fighting :
- Ladies-Fighting :
- Boxing-Fighting :
- Spirit-Fighting :
- Cross-Fighting :
- Sparring-Fighting :

Date des séances découvertse :

Lieu de la séance découverte cocher la case)

- Saint-Julien-En-Genevois :
- Viry :
- Vulbens :

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Je reconnais avoir été informé(e) que l'association recommande à chaque participant de disposer d'une assurance individuelle accident couvrant la pratique d'activités sportives à risques. L'association décline toute responsabilité en cas d'accident survenu en l'absence de cette couverture.

Signature :

FICHE D'INSCRIPTION – SÉANCE DÉCOUVERTE 2025-2026

POUR LES MAJEURS

- Je certifie être apte physiquement à pratiquer la séance découverte dans la discipline choisie.
- Je participe à mes risques et périls et assume l'entière responsabilité de ma santé.

Fait à :

Date :

Signature :

POUR LES MINEURS

- Je soussigné(e),

Parent ou représentant(e) légal(e), autorise mon ou mes enfants à participer la séance découverte organisée par l'association Fighting Training Center. Je reconnais avoir été informé(e) des risques liés à cette activité et je décharge l'association de toute responsabilité en cas d'accident, sauf en cas de faute grave. Je certifie que mon ou mes enfants sont aptes à pratiquer la séance découverte dans la discipline choisie.

Sauf contre-indication médicale précisée :

Fait à :

Date :

Signature représentant(e) légal(e) :