

FICHE D'INSCRIPTION – SÉANCE DÉCOUVERTE 2026-2027

Association Fighting Training Center

1. INFORMATIONS DU PARTICIPANT

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Téléphone portable :

E-mail :

En cas d'urgence, personne à contacter :

Nom et prénom :

Téléphone :

Représentant légal *(si le participant est mineur) :*

Nom et prénom :

Téléphone :

2. CHOIX DE LA DISCIPLINE ET DU LIEU (Cocher les cases)

Disciplines :

BOXE BABY 3-6 ANS :

KIDS KICK-BOXING 7-17 ANS :

KIDS MENTAL+ 7/12 ANS :

LES PETITS MONDES UNIQUES 3/10 ANS :

KIDS GRAPPELING-MMA 7-17 ANS :

KIDS MENTAL+ 7-12 ANS :

LADY-BOXING À PARTIR DE 16 ANS :

BOXE PIEDS-POINGS +18 ANS :

GRAPPELING-MMA +18 ANS :

BOXE SANTÉ +30 ANS :

CROSS-BOXING À PARTIR DE 16 ANS :

LECON BOXE A PARTIR DE 16 ANS :

REMISE EN FORME A PARTIR DE 16 ANS :

SPORT SUR ORDONNANCE +18 ANS :

Lieux :

SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS :

VIRY :

VULBENS :

CRUSEILLES :

VETRAZ-MONTHOUX :

ARCHAMPS :

Date et horaire de la séance découverte (voir le planning d'activité) :

3. CADRE JURIDIQUE, ASSURANCE ET ENGAGEMENTS

Acceptation des risques : Je reconnais que les disciplines proposées par l'association impliquent une activité physique intense et des contacts (sports de combat). Je certifie être en condition physique suffisante pour y participer et m'engage à respecter scrupuleusement les consignes de sécurité données par l'encadrant.

Assurance : L'association est assurée en Responsabilité Civile pour ses activités. Cependant, conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, l'association informe le participant (ou son représentant légal) de l'intérêt de souscrire une assurance individuelle accident couvrant ses propres dommages corporels dans le cadre de cette séance découverte.

Autorisation parentale (pour les mineurs) : J'autorise mon enfant mineur à participer à la séance découverte organisée par le Fighting Training Center.

Protection des données (RGPD) : Les informations recueillies sont nécessaires pour la gestion de votre séance découverte et la sécurité. Elles sont conservées pendant 1 an. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en contactant l'association.

Fait à :

Le :

Signature du participant (si majeur) ou du représentant légal (si mineur) :

4. VÉRIFICATION DE L'APTITUDE MÉDICALE (À remplir obligatoirement)

Rappel légal important : L'usage d'un questionnaire de santé pour les sports de combat n'est valable que si et seulement si vous avez déjà réalisé un examen médical et obtenu un certificat médical de non-contre-indication à la pratique des sports de combat datant de moins de 3 ans. Si vous n'avez pas de certificat de moins de 3 ans, vous devez obligatoirement fournir un certificat médical récent pour effectuer la séance découverte.

A. POUR LES PARTICIPANTS MAJEURS (+18 ANS)

Remplir ce questionnaire si vous disposez d'un certificat médical de moins de 3 ans.

Questions (Répondre par OUI ou NON)	OUI	NON
1. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un problème cardiaque ?		
2. Ressentez-vous une douleur dans la poitrine lors d'un effort physique ?		
3. Perdez-vous souvent l'équilibre ou avez-vous des vertiges ?		
4. Avez-vous un problème osseux ou articulaire qui pourrait être aggravé ?		
5. Prenez-vous actuellement un médicament pour la tension ou le cœur ?		
6. Avez-vous des points de suture, des plaies ouvertes ou une blessure récente ?		
7. Existe-t-il une autre raison médicale qui vous interdirait la pratique sportive ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Attestez ci-dessous.

Si vous avez répondu OUI à au moins une question : Vous devez obligatoirement présenter un nouveau certificat médical de moins de moins d'un an mentionnant l'absence de contre-indication.

Attestation Majeur : Je certifie avoir répondu avec exactitude au questionnaire et détenir un certificat médical de moins de 3 ans.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

B. POUR LES PARTICIPANTS MINEURS (-18 ANS)

À remplir par les parents ou le représentant légal.

Questions concernant le mineur (Répondre par OUI ou NON)	OUI	NON
1. L'enfant a-t-il ressenti une douleur dans la poitrine ou des palpitations cette année ?		
2. A-t-il eu des étourdissements, des essoufflements anormaux ou des malaises ?		
3. A-t-il été arrêté plus de 15 jours pour des raisons de santé durant l'année écoulée ?		
4. Porte-t-il un appareillage médical, des plâtres, ou a-t-il une blessure en cours ?		
5. Un médecin a-t-il déjà contre-indiqué la pratique de certains sports ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Attestez ci-dessous.

Si vous avez répondu OUI à au moins une question : Un certificat médical de moins de 6 mois est obligatoire pour la séance.

Attestation Représentant Légal : Je certifie que mon enfant a répondu NON à l'ensemble du questionnaire et qu'il possède un certificat médical de moins de 3 ans.

Nom et prénom du parent ou représentant légal :

Date :

Signature :