



SEANCE D'ESSAI

mail : treillieresboxingclub@gmail.com

web : www.treillieresboxingclub.hubside.fr

je suis mineur :

Je soussigné(e)

Représentant légal de l'enfant

L'autorise à pratiquer au sein du Treillières Boxing Club :

Savate Boxe Française Kick-boxing / K1 / Full-Contact Préparation Physique /fitness

En l'absence de certificat médical, je certifie que mon enfant est en bonne santé et ne présente aucune contre-indication médicale pour participer à cette activité.

je suis majeur :

Je soussigné(e)

Certifie que :

1. Je suis en bonne santé et ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique :

- Savate Boxe Française
- Kick-Boxing / K1 / Full-Contact
- Préparation Physique / fitness

2. Je connais la nature de l'activité à laquelle je m'inscris et je suis conscient(e) des risques encourus.

3. Je consens à respecter :

- tous les règlements et conditions de sécurité,
- les autres pratiquants
- le professeur dispensant cette activité.

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je décharge le TREILLIERES BOXING CLUB de toutes responsabilités en cas de blessures ou de dommages survenus lors de ma pratique à l'activité susnommée.

Fait à, le

Signature :