



AKDS

Arnis Kali Defense System

Demande de participation à un cours d'essai

Informations générales

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone mobile :

Adresse email :

Déclarations et autorisations :

Je sollicite l'autorisation de participer à un cours d'essai organisé par l'association AKDS KALI.

Je reconnais avoir été informé(e) que :

- ce cours est une séance de découverte sans engagement d'adhésion
- la pratique des arts martiaux, sports de combat et disciplines de self-défense comporte des risques inhérents à toute activité physique
- je dois respecter les consignes de sécurité données par les enseignants et responsables du club
- je participerai sous ma propre responsabilité
- je m'engage à signaler toute limitation physique ou problème de santé susceptible d'affecter ma pratique.

Je certifie ne présenter aucune contre-indication connue à la pratique d'une activité physique adaptée à mon âge et à ma condition physique.

J'autorise les responsables du club à prendre toute mesure d'urgence rendue nécessaire par mon état de santé, notamment l'appel des services de secours.

Droit à l'image :

☐ J'autorise AKDS KALI à utiliser mon image dans le cadre de sa communication.

☐ Je n'autorise pas AKDS KALI à utiliser mon image.

Fait à :

Signature de l'adhérent majeur
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Le :