

SYSTEMA COMBS 77

(Sébastien Magnin ,
Formateur indépendant à la survie
siret n° 52358523000015)

DECHARGE

Je soussigné(e) _____ atteste avoir pris connaissance de l'intégralité du présent texte.

En conséquence, ma participation aux cours et aux stages ne peut se concevoir sans mon consentement total et sans réserve au présent texte.

En signant la présente déclaration, j'atteste être en plein accord avec les termes de la présente convention et avoir pris connaissance et accepter les risques encourus lors de la pratique du Systema,

1- RESPONSABILITE : Ma participation aux cours et aux stages de SYSTEMA COMBS implique de potentiels risques de dommages corporels pouvant être sérieux et permanents.

Le Systema est une méthode de combat incluant entre autre des exercices basés sur la biomécanique du corps humain pouvant impliquer des traumatismes lors de l'entraînement.

Les coups (de poing et de pied) sont portés de façon libre entre partenaires et peuvent engendrer des blessures dont le participant doit impérativement avoir conscience.

Aucune protection (casque,gants,coquille,,,) n'est utilisée lors de l'entraînement.

Il n'y a aucune codification, La réalité et le naturel étant les principes mêmes du Systema.

Je suis donc pleinement conscient et j'accepte en connaissance de cause les risques encourus par la pratique de cette méthode de combat.

A ce titre, je renonce expressément, par la présente, à toute instance et à toute action en justice pour des faits touchant à ma personne à l'encontre des organisateurs et instructeurs des cours et stages de Systema combs les propriétaires ou bailleurs des locaux utiles à l'organisation des cours et des stages de Systema.

2 – MEDICAL : Je comprends et je sais que le Systema implique un risque de blessure ou d'accident grave et j'accepte entièrement ce risque.

Je certifie par la présente que je suis en bonne santé et physiquement capable de participer à ces événements.

Je ne suis soumis actuellement à aucune contre-indication médicale pour la pratique du Systema.

Je certifie qu'aucun médecin ou toute personne du corps médical ne m'ont déconseillé de participer à ces entraînements. A ce titre, je suis titulaire d'un certificat médical d'aptitude à la pratique des arts martiaux en cours de validité, dont un original sera remis à l'instructeur en début d'année et lors de stages.

J'accepte de prendre à ma charge toutes les obligations financières liées à n'importe quelle aide médicale, traitement ou dépenses liées aux blessures que je pourrais subir durant les entraînements.

Si lors d'un accident, je ne puis m'exprimer, je donne l'autorisation au responsable de l'évènement de prendre à ma place les décisions qu'il jugera utiles. Cette autorisation ne saurait le rendre responsable d'aucune sorte.

3 – CONSIDERATIONS PROMOTIONNELLES : J'autorise toutes les structures de droit privé ou de droit public à utiliser les photographies ou tout autre procédé audiovisuel où j'apparaîtrai. Mon nom pourra être associé aux photographies et autres procédés audiovisuels où j'apparaîtrai.

Nom et prénom du participant : _____

Adresse email du participant : _____ @ _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Tél. : _____