



COMMISSION NATIONALE KENPÔ & AMM



DECHARGE MEDICALE

NOM : _____ PRENOM : _____

Adresse : _____

Téléphone : / / / / Mail : _____ @

Date de naissance : _____ et lieu de naissance : _____

CLUB : _____

Adresse du club : _____

Nom Instructeur : _____

Téléphone : / / / / Mail : _____ @

Je soussigné, M. , déclare prendre toutes responsabilités civiles et pénales et atteste par la présente être assuré médicalement. Je déclare décharger de toutes responsabilités les organisateurs du 1th French MMA Championship des 1 & 2 avril 2017 à Genève pour toutes blessures pouvant me survenir lors de la compétition. Je reconnais avoir refusé de souscrire une licence assurance auprès de la CNK, fédération organisatrice, et avoir fournis un certificat médical apte au MMA ou Kenpô en compéition. Je décline donc toute responsabilité vis à vis de l'école organisatrice.

Fait à, le / 04 / 2017

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »