

SILVER KICK FULL CONTACT

Fédération Française de Kick et Muaythai & Disciplines Associées

Président : Luc FARINEAU

Tel : 06.85.04.10.91

Siège social : 18, La Guinanderie 44680 St Mars de Coutais

Site: www.skfc.fr

Page FB : skfc silver kick full contact

E.mail : skfc@hotmail.fr

LIEUX ET HORAIRES DES ENTRAÎNEMENTS

(Hors vacances scolaires)

Complexe sports et loisirs
Rue de la Gaudinière 44620 La Montagne

Mercredi : 18H 30 à 20 H 00
Vendredi : 20 H 45 à 22 H 15
Samedi : 14 H 00 à 16 H 00 (à confirmer).

Salle de la croix des tailles
Rue des sports 44115 Haute-Goulaine

Lundi : 19 H 00 à 20 H 30 (18 H 30 pour le cardio)
Jeudi : 19 H 30 à 21 H 00

CERTIFICAT D'INSCRIPTION

A compléter en majuscule et lisiblement

INDISPENSABLE : si vous possédez un passeport ou une licence, inscrivez le n° : / Ceinture :

Nom : Prénom : Date et lieu naissance :

Nationalité : Taille : Poids : Adresse :

..... Téléphone :

Assurance responsabilité civile (l'intéressé est-il assuré, en plus des tiers, pour lui-même ?) (OUI/NON)

Nom et adresse de l'assurance :

Nom, téléphone, et adresse de la personne à contacter en cas d'accident :

Je m'engage au respect strict de l'éthique et des trois règles du club qui sont : respect des locaux dans lesquels nous nous entraînons, respect des adversaires et enfin respect des entraîneurs. En cas où ces règles ne se seraient pas respectées, nous nous donnons le droit de vous renvoyer de nos cours et sans pour autant prétendre à un remboursement de votre adhésion.

Vous devez munir des protections indispensables à votre sécurité (coquille, plastron pour les femmes, protège dents, protège tibias, protège pied, casque avec visière, corde à sauter, gants). La tenue stricte est short/Tee-shirt ou pantalon de full.

Certificat médical avec la mention : apte à la pratique du FULL CONTACT, KICK et K1 en compétition.

J'autorise dans le cadre de la vie de l'association, en vertu des articles 226-1 à 226-8 du Code civil, à utiliser mon image pour la promotion du club.

Le dossier comprend : **certificat médical, 1 enveloppe timbrée** à votre adresse, **2 chèques de 100.00 euros** (encaissement en septembre et janvier). (**Tout dossier incomplet sera rejeté**).

L'adhésion est de 200.00 €/an. Elle comprend l'affiliation de l'association à la FFKM&DA, à la Ligue Pays de Loire ainsi que l'assurance et la RC du club (AXA). Toutefois si vous jugez ces couvertures insuffisantes, il vous sera possible de prendre une extension de garantie à titre individuel.

Fait à :

Le

Signature de l'adhérent ou de la personne responsable

FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LES MINEURS

RESPONSABILITÉS DES PARENTS

- Les parents ou tuteurs restent responsables de leurs enfants avant, pendant et après les cours. Aussi ils doivent rester présents lors des cours.
- Les professeurs ne sont pas habilités à prodiguer des soins médicaux aux élèves, relevant des compétences qui ne sont pas adaptées à leur formation.
- Vous avez choisi avec votre enfant la pratique d'un sport de combat qui parfois peut occasionner des blessures. Le club décline toute responsabilité en cas d'accident. Toutefois il vous est conseillé de consulter les clauses de l'assurance contracté au sein de la Fédération. Merci de vous assurer que celle-ci vous convienne.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- L'ENFANT EST-IL A JOUR DE SES VACCINATIONS ? OUI ☐ NON ☐ (1)
- OBSERVATIONS PARTICULIÈRES (2) :

.....
.....
.....
.....

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

- NOM : PRÉNOM : ADRESSE
- PERMANENTE : TÉLÉPHONE :
-

MÉDECIN TRAITANT

- NOM :PRÉNOM :
- LIEU :TÉLÉPHONE :

Je soussigné, Mr ou Mme....., responsable de l'enfant.....
l'autorise à pratiquer FULL CONTACT/KICK /K1.

J'autorise l'entraîneur à prendre toutes mesures médicales d'urgence reconnues nécessaires.

Je déclare avoir pris connaissance et accepte les conditions générales d'inscription et du règlement intérieur.

Àle.....
(Signature de l'autorité parentale)

(1)NOTA : la vaccination, contre le tétanos est fortement recommandée.
Difficultés de santé à inscrire impérativement

(2)EX :

- allergie à certains médicaments, traitement en cours
- Interventions chirurgicales récentes, anomalies physiques,
- Problèmes divers (asthmatique, diabétique, épileptique),
- Médicaments interdits.

SILVER KICK FULL CONTACT

Président : Luc FARINEAU-18, La Guinandrie 44680 St Mars de Coutais Tel : 06.85.04.10.91

Email : skfc@hotmail.fr

RENSEIGNEMENTS DESTINES AU COACH

A compléter en majuscules et lisiblement

Nom: Prénom: Date et lieu naissance:

Taille: Poids: Adresse:

..... Téléphone:

1) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

_ GROUPE SANGUIN : RHESUS :

_ L'ENFANT EST-IL A JOUR DE SES VACCINATIONS ? OUI NON

_ OBSERVATIONS PARTICULIERES :

2) PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

_ NOM : PRENOM :

_ ADRESSE PERMANENTE :

_ TELEPHONE :

3) MEDECIN TRAITANT :

_ NOM : PRENOM :

_ LIEU : TELEPHONE :

Difficultés de santé à inscrire impérativement

EX: allergie à certains médicaments, traitement en cours

Interventions chirurgicales récentes, anomalies physiques,

Problèmes divers (asthmatique, diabétique, épileptique),

Médicaments interdits.

NOTA: la vaccination, contre le tétanos est fortement recommandée.

Fait à:

Le

Signature de l'adhérent ou de la personne responsable