

**PANZA GYM - CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE
A DEFAUT, DECHARGE DE RESPONSABILITE**

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom) : _____

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

M. / Mme / Enfant : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Et n'avoir constaté, à l'examen clinique de ce jour, aucune contre-indication à la pratique des disciplines cochées ci-dessous : **Liste des Disciplines** (*barrer la mention inutile*)

Sports de Combat & Arts Martiaux (KICKBOXING, MUAYTHAI, PANCRAE ET DISCIPLINES ASSOCIEES EN LOISIRS ET EN COMPETITION « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT » / *BOXE ANGLAISE / SAVATE BOXE FRANCAISE / LUTTE, JJB, GRAPPLING, MMA*)

Fitness & Préparation Physique (*Cardio-boxing, Cross-training, renforcement musculaire*)

et toutes disciplines proposées par le club.

Observations éventuelles du médecin :

Fait à : _____, le : ____ / ____ / 20__

Signature du Médecin : (*Accompagnée obligatoirement de son cachet/tampon lisible, mentionnant le n° RPPS/Adeli*)

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ (*À compléter si le certificat médical n'est pas fourni*)

Je soussigné(e), _____, déclare avoir été informé(e) des risques inhérents à la pratique des activités proposées par le **PANZA GYM** et **l'IRAS** (notamment les sports de combat).

En l'absence de certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive, je certifie sur l'honneur ne présenter aucune pathologie ou condition physique m'interdisant la participation aux activités du club.

En conséquence, j'assume l'entière responsabilité de ma pratique et dégage le **PANZA GYM** et **l'IRAS**, ses dirigeants et ses instructeurs de toute responsabilité en cas d'accident, de blessure ou de dommage corporel survenant durant ou à l'occasion des entraînements.

Fait à : _____, le : ____ / ____ / 20__

Signature de l'adhérent (ou du représentant légal pour les mineurs) : (*Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*)