



SÉANCE DE DÉCOUVERTE

Antécédents médicaux

Date : _____ Discipline d'essai _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ Adresse mail : _____

N° Téléphone fixe : _____ N° Portable : _____

Adresse : _____ Code postal, Ville : _____

Nom de votre médecin traitant : _____ N° de téléphone : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ N° de téléphone : _____ Relation : _____

Votre médecin sait — il que vous participez à des Arts Martiaux et des sports de Combats ? _____

ENCERCLEZ LES NUMEROS QUI S'APPLIQUENT A VOUS ACTUELLEMENT OU QUI S'APPLIQUAIENT A VOUS ANTERIEUREMENT ET EXPLIQUEZ CI-DESSOUS.

1. Antécédents de problèmes cardiaques, de douleurs thoraciques ou d'accidents vasculaires cérébraux
2. Tension artérielle élevée
3. Toute condition ou maladie chronique
4. Difficulté quand vous faites de l'exercice physique
5. Un médecin vous a conseillé de ne pas faire de l'exercice
6. Intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois
7. Grossesse en cours ou pendant les trois derniers mois
8. Antécédent de problèmes respiratoires ou pulmonaires
9. Troubles des muscles, des joints ou du dos, ou toute autre blessure ancienne vous vous affectant toujours
10. Diabète ou maladie thyroïdienne
11. Antécédents de tabagisme ou de consommation d'alcool ou de drogues
12. Obésité (plus de 20% au-dessus du poids idéal)
13. Taux de cholestérol sanguin excessif
14. Antécédents de problèmes cardiaques dans la famille immédiate
15. Hernie ou toute condition pouvant être aggravée en levant des poids
16. Quels médicaments prenez — vous régulièrement ? _____

Explications : _____

L'adhérent a le droit de refuser de répondre à une quelconque partie de ce document, mais tous refus de répondre risque de réduire la capacité du club de fournir certains services à l'adhérent. CFW Group, Inc., ce Club et l'adhérent sont seules personnes ayant légalement accès aux données contenues dans ce document. Veuillez informer ce Club de tout changement.

INITIALES : _____

Convention et décharge de **responsabilité**

- 1) Je comprends et je sais que les Arts Martiaux, les Sports de Combats et la musculation sont des activités auxquels certains dangers sont associés. Je comprends également que ces activités présentent un risque de blessure et même de décès et je participe volontairement à toutes ces activités, en toute connaissance des dangers présentés. Sous réserve seulement des dispositions statutaires et légales ainsi que des garanties implicites qui ne peuvent pas être exclues, je m'engage par les présentes à assumer et accepter expressément tous les risques de blessures ou de décès m'affectant et qui auront pu être causés directement par moi-même ou en conséquence de mes actions ou omissions, ou par une négligence vis-à-vis d'un tiers quelconque (y compris des employés ou agents du Samouraï 2000) en conséquence de ma présence dans l'Association du Samouraï 2000 ou dans de quelconque locaux possédés, exploités, contrôlés et/ou loués par des employés ou agents de Samouraï 2000.

(Initiales _____)

- 2) De plus, je déclare que je suis en bonne santé physique et que je ne souffre d'aucune condition, maladie, trouble, infirmité ou autre problème médical qui m'empêcherait de participer aux activités de l'Association du Samouraï 2000. Je reconnais par les présentes que j'ai été informé du besoin d'approbation par un membre du corps médical de ma participation à une activité d'Arts Martiaux, de Sports de Combat ou de musculation. Je reconnais également qu'il m'a été recommandé de passer un examen clinique une fois par an au minimum, et de consulter mon médecin en ce qui concerne mon activité physique de façon à ce qu'il puisse me faire des recommandations en ce qui concerne ces activités. Je déclare avoir passé un examen clinique et avoir reçu de mon médecin traitant la permission de participer, ou que j'ai décidé de participer à des activités sans l'approbation de mon médecin et que j'assume par conséquent par les présentes, sous réserve seulement des dispositions statutaires et légales ainsi que des garanties implicites qui ne peuvent pas être exclues, toute responsabilité pour ma participation, mes activités.

(Initiales _____)

Date _____ Signature _____