



DECHARGE SEANCE ESSAI

Association PARIS LUTTE

(Renseigner SVP cette fiche dans l'attente du dépôt du dossier d'inscription)

PARIS LUTTE - Paris Wrestling club

Maison des Associations du 9^e / 54, rue Jean-Baptiste Pigalle/ Boîte N°64, 75009 PARIS

TEL : 06 62 36 14 14 / MAIL : CA@paris-lutte.org / WEB : www.paris-lutte.org / FACEBOOK : www.facebook.com/parislutte

Les informations ci-dessous, destinées au secrétariat de l'association, restent strictement confidentielles.

Comment avez-vous connu le club ? recommandation par une amie

Mes coordonnées :

Nom : Dabboussi

Prénom : Nina

Né-e le : 17 /03 /1997

Habitant au (n° et rue) : 33 avenue walein

Complément d'adresse

Code postal : 93100 Ville : Montreuil

Tél. fixe : Tél. mobile : 0647432768

E-mail : dabboussi.nina@gmail.com

Personne à prévenir en cas d'accident ou d'urgence :

Nom : Denes Prénom : Julien

Téléphone : 0644098727

Lien (conjoint-e, parent, ami-e...) : colocataire

J'autorise l'association Paris Lutte, les pompiers, les médecins et/ou le personnel médical à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident.

Fait à Paris le : 23 /09 /2025

Signature :

Décharge

Je décharge l'association Paris Lutte, ses responsables, les animateurs, ses membres, de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes respectivement à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne ou à ma propriété, en raison de ma pratique sportive.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus, et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je pratique la lutte dans le cadre des activités de l'association. Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de cette pratique sportive.

Je certifie que :

1) Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problèmes cardiaques ou respiratoires décelés à ce jour.

2) Aucun médecin, infirmier, entraîneur, ne m'a déconseillé la pratique de ce sport.

J'accepte, de mon plein gré, de participer à cette séance sportive en sachant les risques que j'encours et les conditions dans lesquelles ses activités sportives vont se dérouler.

Date, signature et mention « Lu et approuvé » :