



# D.A.R ACADEMIE

Défense Adaptée à la Rue

Merci de coller ici  
**votre photo**

## FICHE D'INSCRIPTION SECTION KIDS (-18 ans)

1<sup>ère</sup> adhésion       renouvellement      Saison : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 je parraine : \_\_\_\_\_       je suis parrainé par : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_      Nom : \_\_\_\_\_

Age + date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse principale : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_      Email : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Passé sportif et autres pratiques de sports de combat : \_\_\_\_\_

L'adhérent s'engage sur l'honneur :

- A être de bonne moralité, jouir de ses droits civiques et que son casier judiciaire bulletin n°3 ne comporte aucune mention,
- A prendre acte que toute fausse déclaration entraînera sa radiation immédiate de l'association
- A respecter le règlement intérieur et l'éthique de l'association DAR ACADEMIE
- A respecter le code du sport et les différents règlements fédéraux
- A pratiquer ces disciplines dans un esprit sportif et amical et à n'utiliser les techniques enseignées que dans le cadre associatif ou pour défendre son intégrité physique ou celle d'autrui, dans le cadre de la légitime défense. La fédération vous informe que vous avez la possibilité de souscrire à titre individuel à des garanties complémentaires.
- A être physiquement apte à la pratique des sports de contact et devra fournir un certificat médical lors de son inscription, ce dernier sera obligatoirement demandé en cas d'accident
- A s'informer et respecter les éventuelles mesures sanitaires d'exception (Pass Sanitaire COVID, etc.)

- je consens au stockage des données personnelles aux seules fins de bonne gestion du club.
- je consens à l'éventuelle reproduction et diffusion de mon image sur les supports de promotion du club, articles de presse et réseaux sociaux.
- je joins un certificat médical pour l'année en cours, pour sports de combat.

### Autorisation parentale :

Je soussigné(e) M, Mme ..... domicilié(e) : .....

représentant légal, autorise mon enfant inscrit ci-dessus aux activités de DAR System.

J'autorise les responsables de la fédération à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien à l'enfant.

**Personne à prévenir en cas d'accident :**

..... Tél. : .....

Lu et approuvé

Date :

**Signature :**

**D.A.R Académie**

[www.dar-academie.com](http://www.dar-academie.com)