



## Séance découverte gratuite

### Information sur la personne effectuant la séance découverte

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

TELEPHONE : .....

ADRESSE COMPLETE : .....

.....

NOM DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT : .....

TELEPHONE DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT : .....

J'ai été informé de l'existence d'une assurance « Association » souscrite par le Wadokan de Chaville auprès de la MACIF. Les coordonnées de cette mutuelle, le numéro de sociétaire sont affichés dans le dojo au moment où j'effectue ma séance de découverte.

**J'autorise le responsable de la séance « découverte » (instructeur, professeur, animateur) à prendre toutes les dispositions pour préserver  moi-même  mon enfant ci-dessus désigné(e), en cas d'accident et/ou de maladie, en faisant intervenir techniquement et médicalement les secours, et autorisant les actes d'anesthésie et/ou de chirurgie jugés nécessaires par l'équipe médicale.**

Dans le cas d'un enfant mineur je suis titulaire de l'autorité parentale et donc habilité.e à rédiger et signer le présent document.

Qualité du signataire  Majeur  1<sup>er</sup> parent  2<sup>ème</sup> parent  autre (préciser) \_\_\_\_\_

***Signature :***