

CENTRE D'ENTRAÎNEMENT IMI™

KRAV MAGA / AUTO-DÉFENSE

(Veuillez s'il vous plaît remplir, signer cette feuille et nous faire parvenir une copie)

| | |
|---|---------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse privée : | |
| Code Postal : | Ville : |
| N° tel privé : | N° tel portable : |
| Profession : | Date de naissance : |
| <u>Courriel :</u> | <u>FACEBOOK :</u> |
| <u>Sports Pratiqués :</u> | |
| <u>Problèmes de santé particuliers :</u> | |
| <u>Groupe Sanguin :</u> | |
| <u>Nom et n° de tél. de la personne à contacter en cas d'accident :</u> | |

Je désire participer aux cours d'auto-défense/Krav Maga et je joins le versement de la somme de:

| | |
|---------------------------|---------------|
| <u>Montant en \$CAD :</u> | <u>Pour :</u> |
|---------------------------|---------------|

Je reconnais l'exactitude des renseignements inscrits ci-dessous :

Je déclare,

- Être physiquement apte à participer aux cours d'auto-défense/Krav Maga
- Avoir un casier judiciaire vierge
- Avoir pris connaissance et être en accord avec le protocole sanitaire relatif au COVID-19
- Ne pas appartenir a une organisation terroriste ou criminelle
- Libérer le Centre d'Entraînement IMI ainsi que ses instructeurs, dirigeants et autres élèves de toutes responsabilités quant aux dommages matériels que je pourrais subir.

Je reconnais que le Krav Maga est un système de combat et de défense qui nécessite des entraînements réalistes et intensifs avec les risques de blessures inhérents à ce genre d'activité (ecchymoses, coupures, foulures, entorses, cassures etc.). J'accepte en toute connaissance de cause les risques associés à la pratique du Krav Maga et je renonce donc à intenter tout recours contre le Centre d'Entraînement IMI, ses instructeurs, dirigeants et autres élèves pour les dommages corporels ou moraux que je pourrais subir.



Date : _____

Signature : _____

IMI TRAINING CENTER™

KRAV MAGA /SELF-DEFENSE

(Please fill and sign this form then send us a copy)

First Name :

Last Name :

Address :

Postal Code :

City :

Home Number :

Cell number :

Occupation :

Date of birth :

E-mail :

@

Martial arts or fighting systems background :

Health Problems :

Blood group :

Name and phone number to call in case of an accident :

I want to participate in the Krav Maga Classes and I am paying :

Amount in \$CAD

For :

I declare that :

- I have the physical ability to participate in **Self-defense/ Krav Maga** classes
- I have no criminal record , nor links with terrorist or criminal organisation
- I have been fully informed of the nature of Krav Maga Training and I accept all risks and agree to hold **Thierry CIMKAUSKAS**, the organisation and others participants harmless from all liability, injury or damages in connection with my participation in **Self-defense/ Krav Maga** Training.
- I have read and agree with the health protocol relating to COVID-19



Date :

Signature :

ID :