

DÉCHARGE **SYSTEMA-AMR association loi 1901**

Je soussigné avoir pris connaissance de l'intégralité du présent texte. En conséquence, ma participation aux cours et séminaires ne peut se concevoir sans mon consentement total et sans réserve au présent texte.

En signant la présente déclaration, j'atteste être en plein accord avec les textes de la présente convention et avoir pris connaissance et accepter les risques encourus lors de la pratique du Systema.

1- Responsabilité : ma participation aux cours et séminaires de l'association SYSTEMA-AMR implique de potentiels risques de dommages corporels pouvant être sérieux et permanents. Le Systema est une méthode de combat incluant entre autres des exercices basés sur la biomécanique du corps humain, pouvant impliquer des traumatismes lors d'entraînements. D'autres principes du Systema que sont les coups systématiquement portés et relativement libres peuvent engendrer des blessures dont le participant doit impérativement avoir conscience. Aucune protection (casques, gants, coquilles, ou autres) ne sont utilisés lors des entraînements, et comme le Systema se pratique sans aucune codification, la réalité, l'improvisation et le naturel sont les principes mêmes du Systema.

Je suis donc pleinement conscient et j'accepte en connaissance de cause les risques encourus par la pratique de cette méthode de combat. A ce titre, je renonce expressément, par la présente décharge, à toute instance et action en justice pour des faits touchant à ma personne à l'encontre de SYSTEMA-AMR, des organisateurs ou instructeur de SYSTEMA-AMR, des propriétaires ou bailleurs des locaux utiles à l'organisation de cours et séminaires de Systema.

2- Médical : Je comprends et je sais que le Systema implique un risque de blessure ou d'accident grave et j'accepte entièrement ce risque. Je certifie par la présente que je suis en bonne santé et physiquement capable de participer aux cours et séminaires de Systema. Je ne suis soumis actuellement à aucune contre indication médicale pour la pratique du Systema. Je certifie qu'aucun médecin ou toute autre personne du corps médical ne m'ont déconseillé de participer aux entraînements et séminaires de Systema.

A ce titre, je suis titulaire d'un certificat médical d'aptitude à la pratique des arts martiaux en cours de validité dont un original sera remis à l'instructeur avant la participation au premier cours ou séminaire.

J'accepte de prendre à ma charge toutes les obligations financières liées à n'importe quelle aide médicale, traitements ou dépenses consécutives aux blessures que je pourrais subir pendant les entraînements. Si lors d'un accident je ne puis m'exprimer, je donne l'autorisation au responsable de l'événement de prendre à ma place les décisions qu'il jugera utiles. Cette autorisation ne saurait le rendre responsable d'aucune sorte.

3- Considérations promotionnelles : j'autorise SYSTEMA-AMR et ses instructeurs ainsi que toutes les structures de droit privé ou de droit public à utiliser les photographies ou tous autres procédés audiovisuels où j'apparaîtrai. Mon nom pourra être utilisé par SYSTEMA-AMR et associé aux photographies et autres procédés audiovisuels où j'apparaîtrai.

Nom et prénom du participant : _____ Date : _____

Signature du participant [tuteur légal pour les mineur] : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Tel : _____