



WAKO Switzerland

Schweizerischer Kickboxverband
Fédération Suisse de Kickboxing
Federazione Svizzera di Kickboxing
Swiss Kickboxing Federation



Préalable à la participation aux disciplines du ring sport: Déclaration sur l'assurance / la santé / le dopage / Autorisation de combattre délivrée par un médecin

A remettre au Ring. Sans cette déclaration signée, aucun combat ne peut avoir lieu.

Selon l'article 39 de la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents), les compétitions de full-contact sont considérées comme des sports dits "à risque". Conformément à l'art. 50 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents), les assurances peuvent limiter les prestations en cas d'accident non professionnel.

Les combattant(e)s qui ne sont pas en mesure de fournir les performances sportives requises sans mettre leur santé en danger ne sont pas autorisés à participer aux disciplines de full-contact de WAKO SWITZERLAND. La participation aux disciplines de ring sports est volontaire et se fait aux risques et périls de l'athlète.

Toute prise de drogues ou d'autres substances interdites figurant sur la liste des produits dopants (<http://www.sportintegrity.ch/anti-doping>) représente un risque grave pour la santé des combattants et est interdite. Les dispositions du statut de Swiss Olympic en matière de dopage s'appliquent en principe à tous les sportifs suisses qui font partie d'une fédération affiliée à Swiss Olympic ou d'un club ou d'une association affiliés à cette dernière, qui sont licenciés par l'un de ces groupements ou qui participent à des compétitions ayant un lien avec un tel groupement.

Par ma signature, je confirme, comme condition de participation, avoir pris connaissance et accepté les explications susmentionnées concernant l'assurance, le statut de Swiss Olympic en matière de dopage et la commission disciplinaire de Swiss Olympic. Je reconnais le statut éthique de Swiss Olympic et m'engage ainsi à pratiquer un sport sain, respectueux, loyal et couronné de succès. Je confirme par la présente que je suis apte à participer à des combats du Ring WAKO. J'assume l'entière responsabilité de ma santé et de mes examens médicaux réguliers.

Veillez remplir tous les champs :

Date du tournoi & nom du tournoi :
Club/association:
Prénom, nom :
Adresse, numéro :
Code postal, lieu:
Date de naissance:
Téléphone:
E-Mail:
Signature du combattant ou du représentant légal :