

Déclaration d'autorisation et de consentement au contrat d'affiliation

Pour les jeunes de 5 à 17 ans souhaitant souscrire un abonnement chez Boxing Thérapie Sàrl.

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

En ma qualité de parent ou de représentant-e légal-e, je donne mon accord pour que la personne mineure désignée ci-dessus conclue un contrat d'affiliation auprès de Boxing thérapie Sàrl avec l'abonnement suivant :

- Kid Boxing
- Junior Boxing
- Lady Boxing
- Classic
- Gold

Date du début de l'abonnement _____

Je confirme avoir lu et accepté les conditions générales de vente (CGV), le règlement du club disponible sur le site <https://www.boxingtherapie.ch/reglement-du-club>, ainsi que les règles d'utilisation qui s'y rapportent. En ma qualité de représentant légal, je m'engage à être **solidairement responsable de l'ensemble des créances** résultant du contrat d'affiliation mentionné, y compris celles découlant des éventuelles prolongations automatiques dudit contrat.

Par la présente, j'atteste également que la personne mineure désignée est **physiquement apte** à pratiquer la boxe. En tant que représentant légal, je certifie avoir pris les mesures nécessaires pour m'assurer que la pratique de cette activité sportive est adaptée à l'état de santé de la personne concernée.

Représentant légal

Nom _____ Prénom _____

Tél. en cas de questions _____

Lieu/date _____

Signature _____ **Signature** _____

Représentant légal

L'abonnée mineure / l'abonné mineur