



**BOXE CANADA (ACBA)**  
**DEMANDE D'ADMISSION**



Alberta Amateur  
Boxing  
Association  
\*

Boxing Nova  
Scotia  
\*

Boxing Ontario  
\*

Boxing BC  
\*

Fédération  
québécoise de  
boxe olympique  
\*

Manitoba Amateur  
Boxing  
Association  
\*

New Brunswick  
Amateur Boxing  
Association  
\*

Boxing  
Newfoundland &  
Labrador  
\*

Prince Edward  
Island Amateur  
Boxing  
Association  
\*

Boxing  
Saskatchewan  
\*

Yukon Amateur  
Boxing  
Association

Année d'affiliation: \_\_\_\_ Nouvelle demande \_\_\_\_ Renouvellement \_\_\_\_ Date \_\_\_\_

Région \_\_\_\_\_ Club \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_  
(prénom) (nom)

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  
(jour) (mois) (année)

No. Ass. Soc. \_\_\_\_\_ No. Ass. Mal. \_\_\_\_\_

Citoyenneté \_\_\_\_\_ 1re Langue officielle Français \_\_\_\_ Anglais \_\_\_\_

**Compétiteur** **OU** **Autre membre**

Benjamin	_____ 11 & 12	Entraîneur	_____ Niveau _____
Cadet	_____ 13 & 14	Officiel	_____ Niveau _____
Juvenile	_____ 15 & 16	Membre associé	_____
Junior	_____ 17 & 18	Membre récréatif	_____
Senior	_____ 19 +		

Combats \_\_\_\_ Victoires \_\_\_\_ Genre Mâle \_\_\_\_ Femelle \_\_\_\_  
(comprend kick-boxing et autres sports de combat)

Date de l'examen médical \_\_\_\_\_

Participant préalable dans la boxe professionnelle ou toute autre forme de sport de combat:

Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Si oui, expliquer: \_\_\_\_\_

**Décharge et renonciation :**

En contrepartie de l'admission à titre de membre et de la permission de participer à la pratique de la boxe olympique, que m'accordent (ou) qu'accordent à mon fils / ma fille / mon pupille l'Association canadienne de boxe amateur et la Fédération québécoise de boxe olympique, je garantis par les présentes l'Association canadienne de boxe amateur, la Fédération québécoise de boxe olympique, ses clubs, entraîneurs, officiels, membres, mandataires, dirigeants et employé(e)s, contre tous recours de mes héritiers, exécuteurs, testamentaires, administrateurs des biens ou ayants droit, en cas de blessures corporelles, connues ou inconnues, et de dommages matériels, tenant à la pratique du sport de boxe olympique (amateur).

Je soussigné(e) déclare en outre savoir parfaitement que ce sport comporte des risques, mais que je les assume moi-même et renonce à tous les recours éventuels indiqués ci-dessus.

Je soussigné(e) ai lu la présente décharge / renonciation, déclare en comprendre toutes les stipulations et la signe librement, en connaissance de cause.  
EN FOI DE QUOI, j'ai signé(e) la présente décharge / renonciation à

\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
(lieu)

**Témoïn:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Signature du demandeur)

(Père, mère ou tuteur, si le demandeur est mineur)