

DÉCHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MÉDICAL POUR UNE ACTIVITÉ PRATIQUÉE AU SEIN DE L'ASSOCIATION SYLPHIDE FORME

Suite à mon inscription aux activités de Sylphide Forme à Fougères, et en raison de **l'absence de certificat médical de non contre indication à la pratique sportive**, je décharge l'association, ses responsables, les animateurs et ses membres de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes dus à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne et causés de quelque manière que ce soit, découlant ou en raison du fait que je pratique cette activité, et ce nonobstant le fait que cela ait pu être causé ou occasionné par négligence ou être lié à un manquement à mes responsabilités à titre d'occupation des lieux.

- Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe aux activités de l'association Sylphide Forme de Fougères.
- Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité de cette activité.

Je certifie que :

1. Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour
2. Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité
3. Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscris et suis conscient des risques que j'encoure
4. En outre, le(s) parent(s) ou les tuteur(s) légal (aux) des participants mineurs accepte(nt) de communiquer aux dits participants les avertissements et les conditions mentionnées ci-dessus, ainsi que leurs conséquences, et consent (ent) à la participation des dits mineurs.

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je renonce à des droits importants. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

NB : SYLPHIDE FORME ne tiendra plus compte de ce document dès lors que l'adhérent aura donné un certificat médical valide précité de non contre indication à la pratique sportive.

Nom, prénom, adresse :

.....
.....

Date : Signature de l'adhérent :

Nom, prénom de l'adhérent mineur :

.....

Date : Signature du représentant légal :