

Nom & Prénom

TEL

Date de naissance

E-mail

Adresse postale

Infos particulières que vous souhaitez nous communiquer.

Vous nous avez découvert ...

Amis/Connaissances

Internet

Tracks/Flyers

En passant/Vitrine

Magazine local

Autres

DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR UNE ACTIVITE PRATIQUEE AU C.A.C

Suite à mon inscription au Centre des Arts Corporels, pour la saison 2019-2020, et en raison de l'absence de certificat médical de non contre indication à la pratique sportive, je décharge l'association du CENTRE DES ARTS CORPORELS, 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 aux différentes activités, 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 différentes activités.

Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité de l'(les) activité(s) que j'aurais choisie(s).

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(ces) activité(s)

3. Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscrits 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.

5. J'ai répondu au questionnaire de santé ci-après, publié par l'Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive au JORF n°0105 du 4 mai 2017

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.

| Adhérent majeur | Adhérent mineur |
|-----------------|---------------------------------|
| NOM & PRENOM | NOM & PRENOM |
| DATE | DATE |
| SIGNATURE | SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL |
| | |