



DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR UNE ACTIVITE PRATIQUEE AVEC L'ASSOCIATION DOMBES GYM DETENTE

Suite à mon inscription à l'association DOMBES GYM DETENTE, 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 différentes activités de cette saison.

Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité des activités auxquelles je suis inscrit(e).

Je certifie que :

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

J'ai lu et approuve le présent document en y apposant ma signature.

Nom, prénom, adresse :

.....
.....
.....

Date : Signature de l'adhérent :

Nom, prénom de l'adhérent mineur :

.....
.....

Date :Signature du représentant légal :