

DECLARATION DE DECHARGE DE RESPONSABILITE

En cas de non présentation d'un certificat médical ou d'une licence

M ☐ Mme ☐

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Déclare par la présente :

Ne pas présenter de certificat médical de « non-contre-indication à la pratique d'une activité sportive ASCM » pendant la période d'essai à un ou plusieurs cours.

Je certifie que :

- Je suis en bonne condition physique et je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problèmes cardiaques ou respiratoires décelés à ce jour,
- Aucun médecin, infirmier, entraîneur, ne m'a déconseillé la pratique du sport,
- J'ai une assurance en responsabilité civile.

Je déclare dégager de toutes responsabilités en cas d'accident de quelque nature que ce soit ou de dommages sans aucune exception ni réserve l'ASCM ainsi que ses membres.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus, et toutes conséquences afférentes ou liées au fait que je participe à un ou plusieurs essais sans fournir le certificat médical exigé par l'Alliance Sportive Crédit Mutuel.

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.

Je m'engage à transmettre un certificat médical valide dès mon inscription définitive à une des sections de l'Alliance Sportive Crédit Mutuel.

A _____ Le _____

Nom _____ Prénom _____

Signature précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé »:.