

DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL
GymDanse Ambérieux-en Dombes

SAISON 2023/2024

ADHERENT(E) ADULTE ou RESPONSABLE LEGAL DE L'ADHERENT(E) MINEUR(E)

NOM		PRENOM	
-----	--	--------	--

DATE DE NAISSANCE			
	Jour	Mois	Année

ADRESSE	

En cas de blessure, je déclare dégager la responsabilité de l'association GYMNIQUE ET DANSE AMBERIEUX-EN-DOMBES.

Je certifie sur l'honneur que mon état de santé me permet de pratiquer sans aucune restriction les activités proposées par ladite association.

Je dégage la responsabilité de l'association GYMNIQUE ET DANSE AMBERIEUX-EN-DOMBES en cas d'atteinte physique pouvant me survenir.

ADHERENT(E) MINEUR(E)

NOM		PRENOM	
-----	--	--------	--

DATE DE NAISSANCE			
	Jour	Mois	Année

ADRESSE	Si différente de celle indiquée ci-dessus

En cas de blessure de l'adhérent(e) mineur(e), je déclare dégager la responsabilité de l'association GYMNIQUE ET DANSE AMBERIEUX-EN-DOMBES.

Je certifie sur l'honneur que l'état de santé de l'adhérent(e) mineur(e) lui permet de pratiquer sans aucune restriction les activités proposées par ladite association.

Je dégage la responsabilité de l'association GYMNIQUE ET DANSE AMBERIEUX-EN-DOMBES en cas d'atteinte physique pouvant lui survenir.

Pour faire valoir ce que de droit,

Fait à Ambérieux-en-Dombes, le : __ / __ / ____

Signature de l'adhérent(e)
ou du responsable légal