

DÉCHARGE MÉDICALE (Adultes) Saison 2024 - 2025

En cas d'absence de certificat médical pour une activité pratiquée au sein de l'association Asnières Danse

À la suite de mon inscription aux activités de l'association Asnières Danse à Asnières-sur-Seine (92600), pour la saison 2024 - 2025 et en raison de l'absence de certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse, je décharge l'association Asnières Danse, ses responsables, les professeurs, 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 par 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 Asnières Danse.

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(e) des risques que j'encoure.

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.

Nom, prénom

Adresse

.....

Téléphone E-mail

Signature du / de la participant(e)
précédée de la mention "lu et approuvé"

