

DÉCHARGE MÉDICALE (Moins de 18 ans)

Saison 2024 - 2025

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

À la suite de l'inscription de mon enfant aux activités de l'association Asnières DanSES 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 DanSES, 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 mon enfant et causés de quelque manière que ce soit, découlant ou en raison du fait qu'il pratique cette activité, et par le fait que cela ait pu être causé ou occasionné par négligence ou être lié à un manquement à ses responsabilités à titre d'occupation des lieux.

Je consens pour mon enfant à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait qu'il participe aux activités de l'association Asnières DanSES.

Je consens à lui faire respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité de cette activité.

Je certifie que :

1. Mon enfant est en bonne condition physique et qu'il ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, qu'il n'a jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour.
2. Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne lui a déconseillé la pratique de cette activité.
3. Je reconnais la nature des activités auxquelles je l'inscrits et suis conscient(e) des risquesqu'il 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.

Représentant(e) légal(e) de l'enfant (M., Mme, Nom, prénom)

Nom, prénom

Adresse

.....

Téléphone E-mail

Signature du / de la représentant(e) légal(e) de l'enfant
précédée de la mention "lu et approuvé"

