

Décharge en cas d'absence de Certificat Médical

Suite à mon inscription au Centre Culturel Agora, en l'absence de certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, je décharge le Centre Culturel Agora, ses responsables, les intervenants et ses membres de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes dus à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne de quelque manière que ce soit, découlant de la pratique d'une activité sportive ou de bien-être, et ce malgré le fait que cela ait pu être causé ou occasionné par négligence ou être lié à un manquement à mes responsabilités.

Activités concernées : Danse classique, Modern Jazz, Hip-Hop, Salsa, Yoga, Gym Bien-être, Qi Gong

ADULTES

Je certifie que :

- 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 (dans le cas contraire, merci de nous fournir un certificat médical de non contre-indication)
- Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité
- Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscrits et suis conscient.e des risques encourus
- En cas de doute sur mon état de santé, je consulte mon médecin et informe l'intervenant de toute pathologie qui pourrait nécessiter une adaptation particulière dans la pratique de l'activité

Nom :

Prénom :

Activité :

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je renonce à tous droits de poursuites.

Date :

Signature de l'adhérent :

MINEURS

Je certifie que :

- Mon enfant est en bonne condition physique et ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, et n'a jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour (dans le cas contraire, merci de nous fournir un certificat médical de non contre-indication)
- Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne lui a déconseillé la pratique de cette activité
- Je reconnais la nature des activités auxquelles je l'inscrits et suis conscient.e des risques encourus
- En cas de doute sur son état de santé, je consulte mon médecin et informe l'intervenant de toute pathologie qui pourrait nécessiter une adaptation particulière dans la pratique de l'activité

Nom de l'adhérent mineur :

Prénom :

Activité :

Nom et prénom du représentant légal :

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je renonce à tous droits de poursuites.

Date :

Signature du représentant légal :