



## DÉCHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MÉDICAL POUR UNE ACTIVITÉ PRATIQUÉE

Suite à mon inscription aux activités sportives du CEPC et **en raison de l'absence de certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive**, je décharge l'association CEPC, ses responsables, les animateurs et ses membres de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes dus à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe aux activités.

### **Je certifie que :**

1. Je suis en bonne condition physique, que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap et 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.e la pratique de ces activités.
3. Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscrits et suis conscient.e des risques que je peux encourir.

**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 le signe.**

Nom, prénom et adresse de l'adhérent.e :

A Châtillon, le :

Signature de l'adhérent.e :