ATTESTATION EN CAS d'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR UNE ACTIVITE PRATIQUEE AU SEIN DE LA SECTION GYM DE L'ASSOCIATION OMNISPORT US PLOEREN

(pour les personnes majeures)

Je soussigné(e)

……..

Inscrit(e) au(x) cours de ……saison 20__ - 20__

- décharge l'US Ploeren, ses responsables, ses intervenants et ses membres, de toute responsabilité en cas de conséquence médicale liée à la pratique de cette(ces) activité(s).
- consens à assumer les risques médicaux connus et inconnus et leurs conséquences, afférents ou liés au fait que je pratique cette(ces) activité(s) au sein de la section Gym de l'US Ploeren.
- certifie que :

➢ je suis en bonne condition physique et, que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour

➢ aucun médecin, personnel de santé ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité

➢ je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscris et suis conscient(e) des éventuels risques de santé que j'encoure.

Lu et approuvé (mention manuscrite) :

A ……**Date** ……

Signature :

USP Gym 19 rue des Fontaines 56880 PLOEREN - 06 44 89 40 65 - usp.gym@live.fr

Association Loi 1901 Agrément ministériel N°56S130