



Décharge médicale

⇒ *Pour adulte*

Je soussigné(e).....
Né(e) le
demeurant à (adresse complète).....
.....

⇒ *Pour mineur*

Je soussigné(e).....
représentant(e) légal de.....
né(e) le
demeurant à (adresse complète)
.....

Déclare dégager l'association Fitness Tonic Retiers, ses représentants et salariés de toutes responsabilités en cas d'accident de toute nature que ce soit et assure renoncer à toute action à son encontre.

- Je déclare ne pas présenter de contre-indication à la pratique de l'ensemble des activités proposées par l'association Fitness Tonic,
- Je signale au professeur tout changement d'état de santé,
- Je m'engage à pratiquer en fonction de mes capacités,
- J'autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale...

Je reconnais avoir pris connaissance de tous les risques liés à la pratique du fitness et je m'engage à suivre les règles de conduite et de sécurité liées à l'activité dispensée par l'éducateur sportif diplômé d'État.

J'ai lu attentivement la présente décharge médicale et la signe en toute connaissance de cause.

Fait à :

le :

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »