



Décharge en cas d'absence de certificat médical pour une activité pratiquée au sein du Club Omnisports de Corbehem

Suite à mon inscription à la section.....du Club Omnisports de Corbehem pour la saison **2020/2021** et en raison de l'absence de certificat médical de non contre – indication à la pratique sportive :

je décharge le club Omnisports, ses responsables, ses animateurs et ses membres de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes dus à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne et causés de quelque manière que ce soit, découlant ou en raison du fait que je pratique cette activité et ce nonobstant le fait que cela ait pu être causé et occasionné par négligence ou être lié à un manquement à mes responsabilités à titre d'occupant des lieux.

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

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

Je certifie que :

1. 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.
2. Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité.
3. Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscrits et je suis conscient(e) des risques que j'encoure.
4. Entre autre le(s) parent(s) ou le(s) tuteur(s) légal (aux) des participants mineurs de moins de 18 ans accepte(nt) de communiquer aux dits participants les avertissements et les conditions mentionnés ci-dessus ainsi que leurs conséquences et consente(nt) à participation des dits mineurs.

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

NB : le Club Omnisports ne tiendra plus compte de ce document dès lors que l'adhérent aura donné un certificat médical valide précité de non contre-indication à la pratique sportive.

Nom, Prénom, Adresse.....
.....
.....

Date

Signature de l'adhérent

Nom, Prénom.....

Date

Signature d'un parent/tuteur