

ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE

IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

ACTIVITE(S)CONCERNEE(S) : Danse en ligne, animations....

Je déclare ne pas présenter de contre-indication médicale pour participer aux activités ci-dessus, organisées au sein de NEW WEST 85 Line Dance et dégage toute responsabilité de l'organisateur de ces activités en cas de déclaration incomplète ou inexacte.

J'ai connaissance des risques afférents à la pratique sportive de loisirs, et du fait qu'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive n'est pas obligatoire mais que celui-ci est conseillé afin de garantir mon état de santé.

Je ne souhaite néanmoins pas produire de certificat médical, sous mon entière responsabilité.

Cette attestation est valable pour l'ensemble de la saison 2025-2026.

Après des soins médicaux importants voire des interventions chirurgicales, les adhérents devront fournir un certificat médical les autorisant à reprendre leurs activités sportives en application de la législation en vigueur."

Date

Signature « précédée de la mention « certifiée pour faire valoir ce que de droit »