



ACTION BOXE
 51 rue de la lionderie
 59510 HEM

+ 33 6 65 66 86 03
 contact@actionboxe.com
 actionboxe.com

DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL

Suite à mon inscription à l'association ACTION BOXE, et **en raison de l'absence de certificat médical** de non-contre indication à la pratique sportive, **je décharge** l'association, ses responsables, les coachs 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 ou occasionné par négligence ou être lié à un manquement à mes responsabilités à titre d'occupation 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 différentes activités de cette saison 2021 – 2022.

Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité des activités auxquelles je suis inscrit(e).

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 d'une activité sportive.
3. Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscris et suis conscient des risques que j'encoure.
4. En outre, le(s) parent(s) ou les tuteur(s) légal (aux) des adhérents mineurs accepte(nt) de communiquer aux dits adhérents les avertissements et les conditions mentionnées ci-dessus, ainsi que leurs conséquences, et consent(ent) à la 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.

Nom, prénom, adresse :

.....

Date :

Signature de l'adhérent :

Si adhérent mineur :

Nom, prénom, adresse :

.....

Date :

Signature du représentant légal :