

ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE

IDENTITÉ

Nom :
Prénom :
Représentant légal de l'enfant :
.....
Adresse :
Code postal :
Commune :
Téléphone :

ACTIVITÉ(S) CONCERNÉE(S)

.....
.....
.....
.....
.....

- Je déclare ne pas présenter de contre-indication médicale pour participer aux activités ci-dessus, organisées au sein de l'Association Sportive et Culturelle La Fourmilière, et dégage toute responsabilité de l'organisateur de ces activités.
- Je déclare que mon enfant ne présente pas de contre-indication médicale pour participer aux activités ci-dessus, organisées au sein de l'Association Sportive et Culturelle La Fourmilière, et dégage toute responsabilité de l'organisateur de ces activités.
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'établissement, des risques afférents à la pratique sportive de loisirs, et du fait qu'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive m'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 2024-2025.

Date

Signature

Précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »