

## DECHARGE MEDICALE COURS DE COUNTRY



Suite à mon souhait de pratiquer les cours de country au sein de l'association Erdre River Country et en raison de l'absence de certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse, je décharge l'Association, ses responsables, le professeur de danse, de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes, de tous dommages liés à ma personne et dus à mon état de santé.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe aux activités de l'Association Erdre River Country sans certificat médical.

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

- Je certifie que :

**1. Aucun médecin, infirmier, entraîneur, ne m'a déconseillé la pratique de ces activités.**

**2. Je connais la nature des activités auxquelles je m'inscris et suis conscient(e) des risques que j'encours.**

**3. En outre, le(s) parente(s) légal(aux) des participants mineurs de moins de 18 ans accepte(nt) de communiquer aux dits participants mineurs les avertissements et les conditions mentionnés ci-dessus, ainsi que leur conséquences et consent(ent) à la participation des dit 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.

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Pratiquant :

Nom

Prénom

Date et signature