



Nom : Prénom :

Date et lieu de Naissance :

Adresse :

.....

Décharge de responsabilité à compléter et à signer en bas de page

Je soussigné(e)....., déclare que :

Je m'engage à respecter les règles de sécurité et toutes les règles s'appliquant aux activités sportives proposées par l'association Moov'Attitude, ainsi qu'à respecter les consignes des organisateurs et/ou des propriétaires de la salle.

Je m'engage à scrupuleusement respecter les protocoles sanitaires mis en place par Moov'Attitude et à prévenir immédiatement l'association en cas d'apparition de symptômes évocateurs COVID-19.

Je certifie que je suis assuré(e) au titre de ma responsabilité civile vis-à-vis des tiers, et des dommages corporels et incorporels, que je pourrais causer au cours des activités sportives proposées par l'association Moov'Attitude.

Je reconnais avoir pris connaissance de tous les risques liés à la pratique des activités sportives proposées par l'association Moov'Attitude et plus généralement du sport intensif. Je suis conscient(e) qu'il relève de ma responsabilité d'aller consulter un médecin pour confirmer que je suis apte à la pratique des activités sportives proposées par l'association Moov'Attitude.

En outre, j'autorise les organisateurs à utiliser les photos, films ou tout autre enregistrement réalisés sur lesquels je figure, dans le cadre de la promotion des activités proposées par l'association Moov'Attitude.

Fait à....., le.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)