



DECHARGE MEDICALE POUR ASSOCIATION

YEMAYA PARIS

Je soussigné(e),

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date de naissance : _____

Déclare que :

1. Je participe volontairement aux activités de l'association.
2. J'atteste être apte physiquement aux activités prévues.
3. J'assume la responsabilité des blessures/malaises sauf faute de l'association.
4. Je décharge l'association de toute responsabilité liée : état de santé, informations manquantes, incident physique.
5. Je m'engage à prévenir l'association de toute contre-indication médicale.

Consentement : J'ai lu et accepté les conditions.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du participant : _____

Pour mineur :

Je soussigné(e), parent/responsable légal de : _____

Autorise la participation de mon enfant et décharge l'association.

Signature du représentant légal : _____