



# ATTESTATION DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

\*\*\*\*\*

Suite à ma participation aux « Olympiades inter-administration », le samedi 15 juin 2024 de 8h00 à 14h00 au complexe J-C LAFONTAINE, et en raison de l'absence de certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, je décharge les organisateurs 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.

Je consens à assumer tous les risques et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe à cette activité. Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité des activités proposées.

Je certifie que :

1. Je suis en bonne condition physique, je ne souffre d'aucune blessure ou maladie et je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour.
2. Je certifie ne faire l'objet d'aucune contre-indication médicale à la pratique des activités physiques et sportives.
3. Je reconnais la nature de l'activité à laquelle je participe et je suis conscient(e) des risques que j'encours.
4. En outre, le ou les parents ou tuteurs légaux des participants mineurs acceptent de communiquer aux dits participants les avertissements et conditions mentionnés ci-dessus ainsi que leurs conséquences et consentent à la participation desdits mineurs.

A.....,le...../2024

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Signature :