



A.D.P.P.S.

A.D.P.P.S.

5, rue de l'harmonie

75015 Paris

Siret : 80117426900010

Décharge de pratique sportive

Je soussigné (nom et prénom)

demeurant à (adresse)

déclare n'avoir aucune contre-indication connue à la pratique du sport en général et en particulier à la SAVATE Boxe Française, sport de contact.

Je suis conscient de n'avoir aucun certificat médical et suis pleinement conscient(e) des risques encourus par cette pratique. Je dégage de toutes responsabilités le club A.D.P.P.S. et ses enseignants en cas d'accident de toute nature qui pourrait m'arriver lors de mes entraînements.

Je suis conscient de ne pas être couvert par les assurances du club tant que je n'aurais pas fourni de certificat médical conforme au règlement et avoir une assurance civile me permettant de palier à ce manque.

Fait à le

Signature :