



ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE

IDENTITE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

ACTIVITE(S) CONCERNEE(S) :

- Je déclare ne pas présenter de contre-indication médicale pour participer aux activités ci-dessus, organisées au sein de l'ARSO, et dégage toute responsabilité de l'Amicale de la retraite Sportive de ces activités.
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'établissement, des risques afférents à la pratique sportive de loisirs, et du fait qu'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive peut être conseillé afin de garantir mon état de santé (1). Je ne souhaite, néanmoins, pas produire de certificat médical, sous mon entière responsabilité.
- Cette attestation est valable pour l'ensemble de la saison 2024-2025.

(1) Après des soins médicaux importants voire des interventions chirurgicales, les adhérents devront fournir un certificat médical les autorisant à reprendre leurs activités sportives en application de la législation en vigueur.

Date

Signature
Précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »