06.89.34.44.18
leszenvolees@gmail.com
leszenvolees.fr

DÉCHARGE MÉDICALE 2025-2026

Je soussignée (nom et prénom)……..

Responsable l'égal(e) (nom et prénom)……..

certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire la pratique d'activités physiques et sportives.

J'atteste ne pas avoir subi récemment d'opération médicale, ne pas avoir de blessures récentes, ne pas faire l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques et sportives.

Je certifie avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique et qui seraient dus à mon état de santé actuel.

Je m'engage à signaler à l'encadrant tout changement de mon état de santé (ou celui de mon enfant) susceptible d'infirmer cette attestation.

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

Le ……/……../……

Signature : (du responsable légal(e) si mineur)

CamScanner