



JCVO (Mairie de Mâlain) - 38, rue Maurice Béné - 21410 MALAIN

☎ : 06-99-36-33-74 - @ : [contact@judomalain.fr](mailto:contact@judomalain.fr)

site internet : [www.judomalain.fr](http://www.judomalain.fr)

N° Affiliation FFJDA : CE 08210590 N° agrément jeunesse et sport : 200921505

N° Déclaration préfecture : W212003947 le 4 Juillet 2008

N° SIRET : 50866180800024 Code APE : 9312 Z



## DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR 3 SEANCES D'ESSAI

Avant de valider mon inscription à une des activités proposées par le JCVO et en raison de l'absence de certificat médical de non contre indication à la pratique sportive, je décharge le JCVO, ses responsables, et ses professeurs 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, et ce nonobstant le fait que cela ait pu être causé ou occasionné par négligence ou être lié à un manquement à mes responsabilités à titre d'occupation des lieux. Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe aux différentes activités lors de ces séances. Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité de ou des activités choisies.

Je certifie que :

1. Je suis en bonne condition physique et qu'à ce jour, je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap
2. Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité
3. Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscris et suis conscient des risques que j'encoure
4. En outre, le(s) parent(s) ou les tuteur(s) légal(aux) des participants mineurs accepte(nt) de communiquer aux dits participants les avertissements et les conditions mentionnées ci-dessus, ainsi que leurs conséquences, et consent (ent) à la participation desdits mineurs. J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je renonce à des droits importants.

Par ailleurs, à l'issue des séances d'essai, je m'engage à fournir un certificat médical d'aptitude à la pratique de la ou des disciplines retenues et ceci dès la première séance après confirmation de mon inscription. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

**Pour un adulte :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

**Discipline(s) découverte(s) : JUDO - TAÏSO - JUJITSU (rayer la ou les mentions inutiles)**

Date :

Signature :

**Pour un mineur :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

**Discipline(s) découverte(s) : JUDO - TAÏSO - JUJITSU (rayer la ou les mentions inutiles)**

Date :

Nom, Prénom et signature du représentant légal :