

**FOYER VOLUME**

**51110 WARMERVILLE**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE**

**IDENTITE**

Nom ..... Prénom .....

Représentant légal de l'enfant .....

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 du Foyer Volume, et dégage toute responsabilité de l'organisateur de ces activités.
- Je déclare que mon enfant ne présente pas de contre-indication médicale pour participer aux activités ci-dessus, organisées au sein du Foyer Volume, et dégage toute responsabilité de l'organisateur 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 m'est conseillé afin de garantir mon état de santé. Je ne souhaite, néanmoins, pas produire de certificat médical, sous mon entière responsabilité.
- Cette attestation est valable pour l'ensemble de la saison.

Date

Signature

*Précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »*