



*Décharge de responsabilité contre non présentation d'un certificat médical*

Je soussigné : nom et prénom (des parents ou du/des tuteur(s)légal (aux) si il s'agit d'un mineur)

-----

Résidant à l'adresse suivante :

-----

-----

Déclare dégager de toutes responsabilités :

Le CAPOSS, ses membres du bureau, éducateurs et entraîneurs  
en cas d'incident ou d'accident de toute nature que ce soit ayant lieu

Le (date)\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_\_ à\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_\_

Concernant (nom, prénom) :

-----

J'atteste avoir connaissance que la participation à la séance d'essai, que ce soit pour moi-même ou en tant que tuteur légal de l'enfant mineur [nom de l'enfant]\_\_\_\_\_ sera fait sans que j'ai fourni de preuve de ma/sa capacité à m'/s'entraîner.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

Ce document a une valeur juridique et n'est valable qu'un jour