



ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE

IDENTITE :

Nom Prénom

Représentant légal de l'enfant

Adresse

Code postal Commune

Téléphone

ACTIVITE(S) CONCERNEE(S) :

.....

Cocher une SEULE case :

- ☐ Je déclare ne pas présenter de contre-indication médicale pour participer aux activités ci-dessus, organisées au sein du CLUB LES DANSEURS, et je dégage l'association de toute responsabilité concernant ces activités.

Ou pour les mineurs :

- ☐ Je déclare que **mon enfant** ne présente pas de contre-indication médicale pour participer aux activités ci-dessus, organisées au sein du CLUB LES DANSEURS, et je dégage l'association de toute responsabilité concernant ces activités.

Ou si j'ai répondu OUI à l'une des questions et que je ne souhaite pas produire de certificat médical :

- ☐ 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 / l'état de santé de mon enfant. **Je ne souhaite néanmoins pas produire de certificat médical**, sous mon entière responsabilité.

Cette attestation est valable pour l'ensemble de la saison 2025-2026.

Date

Signature

Précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »