

**NOM :**

-----

**PRÉNOM :**

-----

**Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.**  
(consultable sur le site Web [asds.sportsregions.fr](http://asds.sportsregions.fr) : création : doc administratif).

**DROIT A L' IMAGE**

*L'association (ASDS) pourra être amenée à prendre des photos ou des vidéos de ses adhérents lors de ses activités. Ces fichiers pourront être utilisés pour de la communication : Presse locale, le Site Web...*

**J'écris OUI dans la case qui correspond à mon choix.**

*J' ai pris connaissance de ces indications et  
J'autorise l' ASDS à utiliser mon image.*

**CERTIFICAT MÉDICAL**

**J'ai déjà fourni un certificat médical :**

**Je joins un certificat médical (valable 3 ans) ne présentant aucune contre indication à pratiquer des activités suivantes :**

-----  
**Si non, j'atteste sur l'honneur que j'ai vérifié auprès de mon médecin mon aptitude à pratiquer les activités suivantes :**  
-----

**POUR TOUTES LES ACTIVITÉS, PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ;**

**DATE**

**SIGNATURE**