

NOM :

PRÉNOM :

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.
(consultable sur le site Web 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