

NOM : PRÉNOM: _____

Je reconnais avoir pris connaissance des instructions et du règlement intérieur de l'ASDS.

(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 ou NON 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 les 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 :

**NOM ET
TELEPHONE**

DATE

SIGNATURE