

## FICHE DECHARGE SANTE / SAISON 2020-2021

Je, soussigné(e),

NOM et prénom : \_\_\_\_\_

inscrit(e) aux activités des arts du cirque

jour et heure : \_\_\_\_\_

proposées par l'**Ecole de cirque AUX AGRES DU VENT, 2 B rue Pablo Picasso à ECHIROLLES**

certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible de m'interdire ou de limiter ma pratique d'activités.

J'atteste n'avoir pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes et ne pas faire l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques.

J'atteste avoir pris connaissance des risques liés aux activités du cirque et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à mon état de santé actuel.

Je m'engage à signaler au responsable de l'école toute modification mon état de santé, susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Le \_\_ / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_

Signature de l'adhérent adulte