



BON COURS D'ESSAI GRATUIT

NOM : PRÉNOM :

TEL : MAIL :

ACTIVITÉ : SPORT SANTÉ

LIEU :

DATE du cours d'essai : / /

Décharge de responsabilité

..... certifie par la présente vouloir participer à ce cours d'essai et déclare être parfaitement averti et informé des risques liés la pratique de cette activité et décharge de toute responsabilité l'UAS SAINT CLOUD en cas de blessure ou dommage qui pourrait lui survenir durant cette séance d'essai. Aucune réclamation ou poursuite ne pourra être engagée à ce titre. NB : pour couvrir d'éventuels dommages corporels (ex : entorse) durant les activités sportives, les pratiquants doivent avoir souscrit au préalable une assurance individuelle « accidents ».

Autorisation parentale (à signer par les parents d'enfants mineurs)

Je soussigné(e) M. ou Mme déclare autoriser mon enfant à participer à ce cours d'essai, et, le cas échéant, à se rendre et quitter seul le lieu du cours, à l'issue de celui-ci. Par ailleurs, je confirme, en tant que de besoin, accepter les termes et conditions de la décharge de responsabilité ci-dessus au profit de l'UAS SAINT-CLOUD.

SIGNATURE OBLIGATOIRE DU PRATIQUANT MAJEUR PARTICIPANT AU COURS D'ESSAI (ou de l'un des PARENTS DU PRATIQUANT MINEUR participant à ce cours)

Signature