

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Relative à l'aptitude à la pratique d'activités physiques

Association FIT HARMONIE

Zumba · Pilates

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT(E)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M. / Mme _____, déclare sur l'honneur :

- souhaiter pratiquer au sein de l'association FIT HARMONIE les activités proposées par l'association, dans le cadre d'une activité physique de loisir ;
- ne pas avoir connaissance, à ce jour, d'une contre-indication médicale à la pratique de ces activités ;
- avoir été informé(e) que toute activité physique peut comporter des risques, notamment de chute, de blessure ou de douleur musculaire ou articulaire ;
- m'engager à adapter ma pratique à mes capacités physiques et à interrompre l'exercice en cas de douleur, malaise ou symptôme inhabituel ;
- m'engager à informer l'encadrant de toute difficulté particulière pouvant avoir une incidence sur ma pratique ;
- avoir été invité(e), en cas de doute sur mon aptitude physique ou en présence d'un problème de santé, à solliciter préalablement l'avis d'un professionnel de santé.

Je reconnais que la présente attestation constitue une déclaration personnelle et non un certificat médical. Je comprends qu'elle ne dispense pas d'un avis médical lorsque mon état de santé le justifie.

Je reconnais être informé(e) que la pratique d'une activité physique comporte des risques inhérents à celle-ci, notamment de chute, de blessure ou de douleur musculaire ou articulaire. Je m'engage à adapter ma pratique à mes capacités physiques, à respecter les consignes de sécurité et de l'encadrant, et à signaler toute difficulté particulière.

Je reconnais que l'association ne peut être tenue responsable des dommages résultant de risques inhérents à la pratique de l'activité, notamment lorsqu'ils résultent de mon comportement, d'une mauvaise exécution des exercices, du non-respect des consignes ou d'une pratique inadaptée à mes capacités.

Je certifie l'exactitude des informations déclarées ci-dessus et m'engage à signaler toute évolution de ma situation susceptible d'avoir une incidence sur ma pratique.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature de l'adhérent(e)

Précédée de la mention « Lu et approuvé »