



**DECHARGE MEDICALE POUR LA
PRATIQUE D'ACTIVITE (S) PHYSIQUE(S)
SAISON 2026-2027**

Je soussigné(e), Mr, Mme
domicilié(e).....

..... code postal
Ville.....

Certifie, par la présente participer aux activités de l'association **Crazy Country Club de Crolles** Enregistrée à la Préfecture de Grenoble N° Siret : 52749884400028 et N°RNA : W381008349

Siège social : **Espace Andréa Vincent – Chemin de Falaise 38920 Crolles,**

Je décharge l'Association, ses responsables, les professeurs, les animateurs et ses membres, de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes concernant des blessures ou des dommages occasionnés

☐ à ma personne ou ☐ à mon enfant

Causés de quelques manières que ce soit, découlant ou en raison du fait de la pratique de cette (ces) activité (s), et ce nonobstant le fait que cela ait pu être causé ou occasionné par des négligences ou être lié à un manquement à ses responsabilités à titre d'occupant des lieux.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus, et toutes conséquences afférentes ou liées au fait

☐ que je pratique ou ☐ que mon enfant pratique

LES ACTIVITES DE DANSE ET DIVERSES ACTIVITES PROPOSEES
PAR LE CLUB

Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de cette (ces) activité (s), **notamment les dispositions définies dans les statuts et règlement intérieur de l'association.**

- ▶ Je suis en bonne condition physique et je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, je n'ai jamais eu de problèmes cardiaques ou respiratoires décelés à ce jour.
- ▶ Aucun médecin, infirmier, entraîneur, professeur, animateur, ne m'a déconseillé cette (ces) pratique (s).
- ▶ Je connais la nature de(s) l'activité(s) à laquelle (auxquelles)

☐ je m'inscris ou ☐ j'inscris mon enfant

et suis conscient des risques encourus.

► En tant que parent ou tuteur légal des participants mineurs de moins de 18 ans j'accepte de communiquer aux dits participants mineurs les avertissements et les conditions mentionnées ci-dessus.

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, j'accepte les conditions énoncées ci-dessus.

Fait à Crolles le/...../2025

Lu et approuvé (en toutes lettres et manuscrit par l'intéressé(e))

**Signature de l'intéressé(e)
Président(e) du Club**

Signature du