



FICHE DECHARGE SANTE ADULTE / SAISON 2025-2026

Je, soussigné(e),

NOM et prénom : _____

inscrit(e) à l'activité de Yoga Adulte

jour et heure : _____

proposées par l'association **Sur Claise – 37290 Bossay sur Claise**

atteste ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible de m'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques.

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

J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités 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'association toute modification de mon état de santé, susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Le / /

Signature

www.surclaise.fr * *contact@surclaise.fr* * *06.07.40.22.87*
Sur Claise * *La Carillonnerie 37290 Bossay sur Claise*