



DOSSIER D'ADHÉSION

Année :

..... /

ACTIVITÉ SPORT-SANTÉ

1. IDENTITÉ ET COORDONNÉES DU PARTICIPANT(E)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

2. INFORMATIONS DE SANTÉ

Je déclare avoir pris connaissance que la pratique d'une activité Sport-Santé nécessite une bonne connaissance de mon état de santé.

- ☐ Je confirme avoir consulté un médecin et être apte à la pratique d'une activité physique adaptée.
- ☐ Je fournis un certificat médical de non contre-indication si nécessaire.
- ☐ J'informe l'encadrant de toute limitation ou pathologie particulière.

Contre-indications ou pathologies connues (facultatif) :

3. ASSURANCE

- ☐ Je déclare être couvert(e) par une assurance responsabilité civile.

Nom de l'assurance : _____ N° de contrat : _____

4. DROIT À L'IMAGE

- ☐ J'autorise l'utilisation de mon image (photos/vidéos) dans le cadre des activités Sport-Santé (communication, site internet, réseaux sociaux).
- ☐ Je refuse toute utilisation de mon image.

5. ENGAGEMENT ET SIGNATURE

Je soussigné(e) _____, certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et m'engage à respecter le règlement de l'activité Sport-Santé.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature du participant (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :
