

# Association Fit Forme Manduel

## Décharge de responsabilité

Je soussigné (Nom et prénom).....

Demurant à (Adresse).....

Né le (Date de naissance).....

Déclare dégager de toutes responsabilités l'Association Fit Forme Manduel Sis 8 rue de Saint Gilles 30129 Manduel, représentée par son président, en cas d'incident de toute nature que ce soit ou en cas de dommages subis sans aucune exception ni réserve ou d'accident de quelque nature que ce soit et à assumer seul(e) les conséquences de mon choix étant donné **la non transmission à l'association du certificat médical demandé lors de mon inscription.**

Je renonce donc à engager toute poursuite contre celle-ci et en prend l'entière responsabilité.

Fait le.....

A Manduel.

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)