



DECHARGE MEDICALE

- Mme
- Mr

Nom (en lettres capitales) _____

Prénom _____

- Pour les personnels BNF (service)

- Pour les personnels externes (Site, service)

Je soussigné (e)

Décharge l'association APBnF de toutes responsabilités en cas de blessures ou de dommages survenus lors de ma participation aux activités sportives dispensées à la salle de sport APBnF en 2023.

Je certifie :

- Etre en bonne condition physique et ne souffrir d'aucune pathologie connue à ce jour quant à la pratique des activités Fitness et musculation.
- N'avoir eu aucune contre-indication de médecin ou autre personnel soignant quant à la pratique des activités dispensées au sein de la salle de sport APBnF.

Fait à Paris, le/...../2023

Signature

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la salle de sport APBnF affiché dans la salle, et m'engage à le respecter.

Date et signature