



## 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 2025.

Je certifie :

- Être 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 ...../...../2026

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