

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné(e)

Nom* :

Prénom* :

Né(e) le* :

Adresse* :
.....

Téléphone portable* :
.....

E-mail* :
.....@.....

Séance du lundi 19.30

(*champs obligatoires à remplir)

déclare être en bonne santé physique et apte à pratiquer l'activité Zumba Fitness, dans le cadre de ma séance d'essai.

Je dégage de toutes responsabilités l'association Dance Or Nothing, ses instructeurs ainsi que les membres du bureau, en cas d'accident ou de dommage de quelque nature que ce soit, survenu au sein de son activité. Je renonce en conséquence, à tout recours contre l'association et ses membres sus nommés.

Il est de ma seule responsabilité de veiller à mes biens pendant la séance. Je ne pourrai tenir l'association Dance Or Nothing responsable en cas de perte, vol ou bris de mes biens.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association et y adhère. J'autorise notamment l'association Dance Or Nothing, à demander l'intervention des services compétents (notamment SAMU, pompiers, médecin), en cas d'urgence médicale, ainsi que si nécessaire le transport vers le centre hospitalier le plus proche.

Le refus de signer cette décharge de responsabilité ou la non présentation de celle-ci, réserve le droit à l'association Dance Or Nothing d'exclure ma participation à l'activité.

A Le Lu et approuvé
Signature :