



**CAPOSS**

Club d'Athlétisme de la Possession

<http://www.caposs.re>

## ***Décharge de responsabilité contre non présentation d'un certificat médical***

**Je soussigné** (nom et prénom des parents ou du/des tuteur(s)légal (aux))

-----

**Résidant à l'adresse suivante :**

-----

**Déclare décharger de toutes responsabilités**

Le CAPOSS, ses membres du bureau, éducateurs et entraîneurs

**En cas d'incident ou d'accident de toute nature que ce soit ayant lieu (date de la séance)**

Le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

**Concernant notre enfant** (nom, prénom) :

-----

**Je l'autorise à participer à un entraînement sans certificat médical et je reconnais avoir reçu l'information du CAPOSS que « le règlement FFA oblige la présentation d'un certificat médical ».**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature :**

**Ce document a une valeur juridique et n'est valable qu'un jour**