

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ H F

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Email _____

Tél portable _____ Tél travail _____

Faites-vous **des allergies**? Oui Non _____

Cadre réservé à L'ESAM

PIÈCES À FOURNIR

- Un certificat médical**
Document à télécharger et à faire compléter, dater et signer par le médecin traitant.
- Votre attestation de responsabilité civile**
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé (à télécharger) + votre RIB**

INFOS & COMMUNICATION

Les informations concernant votre activité seront communiquées essentiellement via l'application WhatsApp (par messages privés, seule L'ESAM dispose donc de vos coordonnées).

Pour recevoir ces informations, pensez à enregistrer dès à présent le numéro de portable de L'ESAM dans vos contacts.

L'ESAM communique aussi sur les réseaux sociaux, alors suivez-nous...

AUTORISATIONS

- J'autorise L'ESAM à prendre des photos ou vidéos de moi et à utiliser dans le cadre de ses supports numériques et/ou papier (site internet, réseaux sociaux).



DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je soussigné(e) _____ en plein usage de mes facultés physiques et intellectuelles, déclare être parfaitement informé(e) des pratiques sportives, activités de plein air et toutes autres disciplines proposées par L'ESAM pouvant s'avérer à risque et/ou dangereuses et supposant un risque de blessure et / ou de mort.

Je reconnais ne pas avoir de problème de santé supposant la non pratique de ces activités et déclare que mon état de santé général est satisfaisant et se trouve compatible avec la pratique de ces activités.

En dépit de ces éventuels risques, et tout en prenant en compte mon droit de pratiquer ces activités, j'accepte expressément d'assumer toute responsabilité des conséquences liées à la pratique de ces activités physiques et sportives.

Je renonce à engager des poursuites judiciaires ou autres à l'encontre de l'ESAM, leurs dirigeants, associés, employés, agents, assureurs, sponsors et entreprises affiliées.

Je les dégage définitivement et sans réserve de toute responsabilité en cas de blessure et / ou de mort dont je pourrais être victime.

J'assume l'entière et exclusive responsabilité de mes actes.

Je déclare être parfaitement informé(e) que ce document est une décharge de responsabilité.

Je déclare accepter cet accord que je signe librement et volontairement.

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche de renseignements

Fait à _____ **Le** _____

Signature

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

