



DÉCHARGE MEDICALE

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM et Prénom :

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe : H F

Adresse : _____

Tél : _____

Avez-vous connaissance d'une contre-indication médicale pour la pratique de l'activité sportive choisie ?

Oui Non

Souffrez-vous d'un problème médical, d'une maladie ou d'une blessure ?

Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, veuillez apporter des précisions : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM Prénom : _____

Lien : _____ Téléphone : _____

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare ne pas avoir connaissance d'une contre-indication médicale concernant mon état de santé pour la pratique de l'activité choisie

Je déclare que les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes

Association Hakuna

📍 8 rue de la Galopière

☎ 07 50 47 19 05

🌐 www.hakuna-lemans.com

MERCI

Signature

Date et signature