

CLAR PISCINE

Rue Léonce Mailho

17000 LA ROCHELLE

**ATTESTATION D'ENGAGEMENT DE SUIVI DE SANTE LORS DE LA
DEMANDE D'ADHESION**

(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)

Je, soussigné (Nom et Prénom de l'adhérent-e)

Si l'adhérent-e est non majeur (Nom et Prénom du représentant légal)

.....

En tant qu'adhérent je m'engage d'avoir un suivi médical régulier tout au long de l'adhésion et à informer l'association en cas de problème de santé si je continue l'activité .

Pour faire valoir de ce que de droit.

A

Le/...../.....

Signature :