



Office des Retraités Briochins

**ATTESTATION**

## Pour la participation aux activités au sein de l'Office des Retraités Briochins

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) .....

Commune ..... N° Adh .....

Certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible de m'interdire ou de me limiter la pratique d'activités physiques

Déclare ne pas avoir subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes et ne fais pas l'objet de contre-indications de pratique d'activités physiques.

Atteste avoir pris connaissance des risques liés à cette activité et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à mon état de santé actuel.

**Adhérent(e) inscrit(e) à une ou plusieurs activités ci-dessous :**

*(Merci de cocher la ou les cases concernées)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amis dansons    | <input type="checkbox"/> Balade                     |
| <input type="checkbox"/> Brain Gym       | <input type="checkbox"/> Chair stretching           |
| <input type="checkbox"/> Danse bretonne  | <input type="checkbox"/> Gym d'entretien-stretching |
| <input type="checkbox"/> Gym équilibre   | <input type="checkbox"/> Marche douce               |
| <input type="checkbox"/> Marche nordique | <input type="checkbox"/> Pilates                    |
| <input type="checkbox"/> Qi Gong         | <input type="checkbox"/> Stretching                 |
| <input type="checkbox"/> Tai Chi         | <input type="checkbox"/> Yoga                       |
| <input type="checkbox"/> Zumba           | <input type="checkbox"/> Gym Taoïste                |

Pour servir et valoir ce que de droit.

Le.....

Signature