



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)*

- | | |
|--|---|
| ☐ Amis dansons | ☐ Balade |
| ☐ Brain Gym | ☐ Chair stretching |
| ☐ Danse bretonne | ☐ Gym d'entretien-stretching |
| ☐ Gym équilibre | ☐ Marche douce |
| ☐ Marche nordique | ☐ Pilates |
| ☐ Qi Gong | ☐ Stretching |
| ☐ Tai Chi | ☐ Yoga |
| ☐ Zumba | ☐ STEP |
| ☐ Gym Taoïste | |

Pour servir et valoir ce que de droit.

Le.....

Signature