



Email : asso.souffledechine@gmail.com
Site internet : <https://ventdechine.jimdo.com>
Siège Social : 62 rue du Temple – 62000 ARRAS

TAI CHI CHUAN - QI GONG

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ REMPLAÇANT LE CERTIFICAT MÉDICAL valable du 1^{er} avril 2024 au 30 juin 2024

NOM	<input type="text"/>	PRÉNOM	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>	VILLE	<input type="text"/>
CODE POSTAL	<input type="text"/>	☎ DOMICILE	<input type="text"/>
		☎ PORTABLE	<input type="text"/>
	E-mail	<input type="text"/>	

Nous vous proposons les forfaits suivants :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tai Chi Chuan (lundi soir) | <input type="checkbox"/> Qi Gong (jeudi matin) |
| <input type="checkbox"/> Qi Gong (mercredi matin) | <input type="checkbox"/> Qi Gong (mercredi soir) |

1 activité : 60 € - 2 activités : 90 € - 3 activités : 135 € - 4 activités : 180 €

Suite à mon inscription à l'activité de QI GONG et/ou de TAI CHI CHUAN de l'Association VENT DE CHINE d'ARRAS pour la saison 2023/ 2024 et en raison de l'absence de certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, je décharge l'Association VENT DE CHINE, ses responsables, les animateurs et ses membres de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes dus à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne et causés de quelque manière que ce soit, découlant ou en raison du fait que je pratique cette activité, et ce malgré le fait que cela ait pu être causé ou occasionné par négligence ou être lié à un manquement à mes responsabilités à titre d'occupation des lieux.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe à l'activité de QI GONG et/ou de TAI CHI CHUAN de l'ASSOCIATION VENT DE CHINE.

Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité de cette activité.

Je certifie que :

1. Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour
2. Aucun médecin, infirmier ou animateur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je renonce à des droits importants. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

Envoyer la fiche d'inscription complétée, le certificat médical ou la décharge de responsabilité (à télécharger sur le site), une photo (même numérisée) et votre règlement à la Secrétaire de l'Association :

Madame JORON Laurence – 197 avenue Kennedy - 62000 ARRAS – paiement : 1 chèque

Libeller le(s) chèque(s) à l'ordre de : ASSO VENT DE CHINE

Fait à
le

Signature de l'adhérent(e)