



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE

### IDENTITE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### Activité Concernée **RENFORCEMENT MUSCULAIRE**

Je déclare ne pas présenter de contre-indication médicale pour participer au cours de renforcement musculaire, organisé par l'AVEB, et dégage toute responsabilité de l'organisateur pour cette activité.

J'ai connaissance des risques afférents à la pratique sportive, et du fait qu'un certificat médical de non contre-indication à cette pratique n'est obligatoire, mais que celui-ci est conseillé afin de garantir mon état de santé. Je ne souhaite néanmoins pas produire de certificat médical, sous mon entière responsabilité.

Cette attestation est valable pour l'ensemble de la saison 2026-2027

Date : \_\_\_\_\_

Signature :