

Je soussigné M. Mme \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_

mail : \_\_\_\_\_ Activité ASRG \_\_\_\_\_

- déclare avoir connaissance du règlement Intérieur de l'association ASRG
- \_ reconnais avoir été informé des possibilités de couverture d'assurance complémentaire auprès notamment de l'assureur de l'association;
- \_ autorise l'ASRG, en cas d'accident, à prendre toute mesure d'urgence médicale nécessaire;
- autorise l'ASRG à faire paraître les photos de moi-même prises dans le cadre des activités sur les publications et le site
- si je ne fournis pas de certificat médical cette année, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature



Je soussigné M. Mme \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_

mail : \_\_\_\_\_ Activité ASRG \_\_\_\_\_

- déclare avoir connaissance du règlement Intérieur de l'association ASRG
- \_ reconnais avoir été informé des possibilités de couverture d'assurance complémentaire auprès notamment de l'assureur de l'association;
- \_ autorise l'ASRG, en cas d'accident, à prendre toute mesure d'urgence médicale nécessaire;
- autorise l'ASRG à faire paraître les photos de moi-même prises dans le cadre des activités sur les publications et le site
- si je ne fournis pas de certificat médical cette année, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature



Je soussigné M. Mme \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_

mail : \_\_\_\_\_ Activité ASRG \_\_\_\_\_

- déclare avoir connaissance du règlement Intérieur de l'association ASRG
- \_ reconnais avoir été informé des possibilités de couverture d'assurance complémentaire auprès notamment de l'assureur de l'association;
- \_ autorise l'ASRG, en cas d'accident, à prendre toute mesure d'urgence médicale nécessaire;
- autorise l'ASRG à faire paraître les photos de moi-même prises dans le cadre des activités sur les publications et le site
- si je ne fournis pas de certificat médical cette année, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature

