

Je soussigné M. Mme \_\_\_\_\_

- 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 Saint Romain en Gal, le \_\_\_\_\_

Signature



**SAISON 2018-2019**