



INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :

Naissance :/...../..... Lieu :

Département : Profession :

Taille : **Poids** :

Adresse :

CP : Ville :

Pays : Nationalité :

Tél : Mobile :

Mail :

INFORMATIONS MÉDICALES

Certificat:/...../.....

Assuré social : Oui Non

Lunettes correctrices: Oui Non

Lentilles de contact : Oui Non

Antécédents/troubles des épaules (luxation, opération,douleurs) : Oui Non

Droitier Gaucher

Sports pratiqués :

BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS

Nom :

Prénom :

Naissance :/...../.....

Nom :

Prénom :

Naissance :/...../.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence:

Nom : Prénom : Tél :

ATTESTATIONS

- Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des informations relatives à la sûreté, à la santé et aux secours, aux matières dangereuses, ainsi qu'aux procédures de surveillance, de gestion et de sécurité mises en place par l'organisme.
- J'autorise l'organisme à capter et utiliser mon image (photographies et/ou vidéos) réalisée dans le cadre des activités, à des fins de communication interne et externe, sur tous supports.
- Je m'engage à respecter la Charte au féminin, ainsi que l'ensemble des valeurs, règles de comportement et principes qu'elle définit.

Fait à: Date:/...../..... Signature (obligatoire) :