

**DECHARGE PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………

Demeurant à……………………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………………………………….....

Ainsi que pour le mineur……………………………………………………………………………………..

Déclare ce qui suit :

Je déclare avoir été informé(e) de l’obligation qui m’était faite de fournir un **certificat médical obligatoire** attestant de mon aptitude à la pratique du sport.

Je déclare que nous sommes en pleines capacités de notre condition physique pour participer à la Randonnée Cycliste "Sur les Traces du Tour de France Femmes" le Dimanche 28 mai 2023, organisée par le Comité Départemental de Cyclisme de la Corrèze.

En l’absence de ce certificat, je décharge et libère de toute responsabilité le Comité Départemental de Cyclisme de la Corrèze en rapport à ma participation et celle du mineur à cette activité en cas d’accident de quelque nature que ce soit ou de dommages sans aucune exception.

J'ai lu attentivement la présente décharge et la signe en connaissance de cause.

Signature et date/ lieu