



## DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR UNE ACTIVITE AU SEIN DE L'A.M.B.S.D.

**En l'absence de certificat médical, vous devez compléter et signer la décharge suivante :**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Je reconnais être dans un état de santé me permettant de suivre les entrainements de Qi Gong ou de Tai Chi Chuan proposés par l'AMBSD, et en assume personnellement la responsabilité.

Aucun médecin ne m'a déconseillé la pratique de cette activité.

Signature précédée de la mention manuscrite

« Lu et approuvé »

Fait à .....le...../...../.....