Attestation en l'absence de Certificat Médical

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant _____

_____

Atteste, en l'absence de certificat médical :

- **être en bonne santé**,
- **être assuré en responsabilité civile** auprès d'une compagnie notoirement connue,
- **prendre l'entière responsabilité de ma personne** en cas d'accident ou de tout autre problème pouvant survenir lors de la pratique de l'AIKIDO, des stages et des initiations organisés par le dojo « Aïkido Traditionnel de la Côtière ».

De plus, même s'il est peu probable, un accident est toujours possible. Dans ce cas, sachant que le personnel médical se refuse d'intervenir sans un accord écrit, j'autorise par la présente le responsable du cours à procéder à mon évacuation vers le centre hospitalier le plus proche. Et j'autorise le corps médical consulté à prendre toutes les mesures nécessaires pour ma santé, y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté.

Cette attestation prend effet à partir d'aujourd'hui. Elle est valable pour les années à venir pendant lesquelles je souscrirai une licence EPA par l'intermédiaire de l'Aïkido Traditionnel de la Côtière ou jusqu'à la présentation du certificat médical demandé.

Fait à _____ le _____

Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Autorisation d'intervention médicale

Un accident, même s'il est peu probable, est toujours possible, même lors d'un cours d'essai. Dans ce cas, l'évacuation se fait vers le centre hospitalier le plus proche. Le personnel médical se refusant d'intervenir sans un accord préalable écrit, nous vous demandons de bien vouloir compléter cette attestation.

Je soussigné(e) _____

Demeurant _____

_____

Autorise, pour les années à venir pendant lesquelles je souscrirai une licence EPA par l'intermédiaire de l'Aïkido Traditionnel de la Côtière, le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires à ma santé y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté.

Merci de nous signaler dans ce cadre toute information liée à votre santé (ou celle de votre enfant) que vous jugez utile de porter à notre connaissance, c'est à dire toute faiblesse ou handicap pouvant présenter un risque lors de la pratique pour vous ou votre entourage (ou pour votre enfant et son entourage) :

Fait à _____ le _____

Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »)