



## **DECHARGE DE RESPONSABILITE**

### **SEANCE D'ESSAI**

**USMA VOLLEY-BALL & CO**

92 rue du Docteur Bauer

93400 Saint-Ouen

Tél: 01.40.11.31.77

E-mail: [usma.volleyball@gmail.com](mailto:usma.volleyball@gmail.com)

[www.usma-volleyball.com](http://www.usma-volleyball.com)

 USMA Volley-Ball & CO

Je soussigné :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse: .....

Mail : .....

déclare être en bonne santé physique et apte à la pratique du volley-ball, dans le cadre de la séance d'essai. Pendant cette séance d'essai je ne suis pas couvert par l'assurance de la licence sportive. Ainsi, je renonce à faire valoir toute revendication, de quelque nature qu'elle soit, auprès de l'association et de ses membres. Ceci concerne en particulier les cas d'accident, blessure ou autres se produisant lors de ma participation à la séance d'essai.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de souscrire personnellement une assurance maladie/accident et responsabilité civile. De plus, je m'engage à respecter les consignes et règles de sécurité promulguées par les encadrants.

En cas de refus de signer cette décharge de responsabilité ou de non-présentation de celle-ci, l'USMA se réserve le droit de m'interdire l'accès à la séance d'essai

Fait à ....., le .....

*Signature*  
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »):

*Cadre réservé au Bureau Directeur USMA Volley*

Date de la première séance (Gratuite)	Date de la seconde séance (Prise de licence)