

**ASSOCIATION DES FAMILLES DE BRINDAS**  
**Section Danse**

Carré d'Ass'  
32, montée du Clos  
69126 BRINDAS

Adhérent N°

**DOCUMENT INDIVIDUEL** (à compléter pour chaque participant)

**ATTESTATION DE REPONSE**  
**AU QUESTIONNAIRE DE SANTE CERFA N° 15699\*01**

**DECHARGE MEDICALE**

**Je soussigné(e)**

NOM : ..... PRENOM : .....

Tél fixe : ..... Portable : .....

Adresse : .....

.....

Mail : .....

**Agissant en qualité de :** Père\* Mère\* Autre\* (à préciser).....  
(\* barrer les mentions inutiles)

**Représentant légal de l'ENFANT :**

NOM de l'enfant : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : .....

**ou pratiquant moi-même l'activité Danse ou Barre au sol**  
Personne à contacter en cas d'urgence : .....

**Certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé lors de la demande d'inscription.**

Cette attestation est valable uniquement pour la saison 2024/2025

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MEDICAL de moins de 3 mois,**  
- si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions du formulaire de santé,  
- pour une première inscription,  
- ou lorsque le certificat en possession de l'Association a déjà couvert 3 années d'activité Danse ou Barre au sol.

Brindas, le .....

Signature

**Je soussigné(e)**

NOM : ..... PRENOM : .....

**Agissant pour l'enfant désigné ci-contre**

**ou pratiquant moi-même l'activité Danse ou Barre au sol**

**Déclare autoriser l'Association des Familles de Brindas en cas d'accident :**  
**- à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales nécessaires**  
**- à faire transporter mon enfant par les pompiers à l'hôpital le plus proche,**  
**en cas d'urgence.**

MEDECIN TRAITANT :

NOM : .....Téléphone : .....

Hôpital éventuellement désiré : .....

Personnes à contacter en cas d'urgence : .....

.....

Brindas, le .....

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