****

**DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ**

La présente «décharge» est conclue dans le cadre de la manifestation sportive de course à pied dénommée «FOULÉES SIFFAIT», en cas de non présentation d’un certificat médical.

**ENGAGEMENTS DU SIGNATAIRE**

Je prends connaissance des dispositions ci-dessus, et ne présentant pas de certificat médical de «non contre-indication à la pratique de l’athlétisme ou de la course à pied en compétition» datant de moins d’un an, je m’engage sous ma propre responsabilité, à participer aux «FOULÉES SIFFAIT» et atteste ne présenter aucune contre-indication à la pratique du sport, renonçant par là-même à tout recours envers les organisateurs des «FOULÉES SIFFAIT»

Je certifie que :

1. Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d’aucune blessure, maladie ou handicap, que je n’ai jamais eu de problèmes cardiaques ou respiratoires décelés à ce jour.

2. Aucun médecin, infirmier, entraîneur, ne m’a déconseillé la pratique de ce sport.

3. Je m’engage à prendre une assurance responsabilité civile, si ce n’est pas déjà le cas.

Je déclare dégager de toutes responsabilités en cas d’accident de quelque nature que ce soit ou de dommages sans aucune exception ni réserve l’organisation des «FOULÉES SIFFAIT» ainsi que toutes les personnes œuvrant pour l’organisation. Et ce, durant toute la durée de l’événement des «FOULÉES SIFFAIT», du samedi 18 octobre 2025 à LE CELLIER.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus, et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe aux «FOULÉES SIFFAIT».

**J’ai lu le présent document et je comprends qu’en y apposant ma signature je renonce à des droits importants. C’est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document. Je signe le présent document volontairement et sans contrainte.**

Nom, prénom du participant : ………………………………………..

Fait à ………………………………………. le .....................................2025

Signature du participant précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »