



## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Moi, soussigné(e)

PRÉNOM :	
NOM :	
PRÉNOM DU PÈRE :	
ADRESSE DU DOMICILE :	
TÉLÉPHONE :	
DISCIPLINE SPORTIVE :	
LIEU DE TENUE :	ATHÉNA
DATE DE TENUE :	06 10 2021 - 09 10 2021
ORGANISATEUR :	HELLENIC ORGANIZATION of COMPANY SPORT and HEALTH

JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR, par le présent :

\* avoir été soumis(e) à un examen médical dans le courant des trois derniers mois, être sain(e) et pouvoir participer aux compétitions de la discipline sportive que j'ai choisie, sous ma propre responsabilité, en connaissance des effets légaux de ma présente déclaration.

\* participer de ma propre volonté aux compétitions de la discipline sportive susmentionnée et, ce, sous ma responsabilité exclusive quant aux problèmes de traumatisme/accident/santé, dommage et/ou perte d'objets, etc., susceptibles de survenir, et quant au préjudice de toute nature (positif, secondaire, moral, patrimonial, physique) susceptible d'en suivre, étant précisément informé(e) sur les conditions de participation aux compétitions, connaissant les sites de compétitions/les prestations offertes par l'organisateur, etc., et que ma participation aux compétitions en question recèle par elle-même certains dangers.

\* décharger de toute responsabilité les Organismes, les éventuels co-organismes et les instances liées à l'évènement sportif ainsi que leurs représentants et les personnes physiques déléguées à cet effet ; renoncer formellement à toute réclamation de dommages-intérêts au titre d'un préjudice quelconque que je pourrai subir.

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_