

# DECHARGE

Nom/prénom: \_\_\_\_\_

N° téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Déclare prendre à ma charge tout problème pouvant survenir pendant le cours d'essai de \_\_\_\_\_ pris au Cercle Laïque Jean-Chaubet le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ heures à \_\_\_\_\_ heures.

En outre, au cas où je confirmerai mon inscription, je m'engage à fournir un certificat médical d'aptitude avant le prochain cours.

Fait à Toulouse le \_\_\_\_\_

Signature