



Coupe de l'Amitié Corporative des Deux-Sèvres

Siège social : HOTEL DE LA VIE ASSOCIATIVE, 12 RUE JOSEPH CUGNOT - 79000 NIORT
Association régie par la loi de 1901 -- Site internet : www.cacds.fr

ATTESTATION CERTIFICATS MEDICAUX Saison 2024 - 2025

Je soussigné(e) :

Capitaine de l'équipe de badminton de :

Déclare sur l'honneur être en possession :

- **de l'ensemble des certificats médicaux et/ou**
- **des attestations complétées relatives aux questionnaires de santé**

déclarant aptes à la pratique du badminton les joueurs et les joueuses adhérant à l'association C.A.C.D.S. pour la saison.

Je reconnais avoir été informé(e) par l'association C.A.C.D.S., conformément à l'article L 321-4 du code du sport, de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive du badminton peut exposer, et avoir transmis cette information aux joueurs et aux joueuses de mon équipe.

Je m'engage, pour toutes les rencontres sportives de la saison, à contrôler **le cas échéant** que l'ensemble de adhérent(e)s de mon équipe respecte les règles relatives au Pass sanitaire OBLIGATOIRE, à savoir notamment l'attestation de vaccination complète, le test négatif RT-PCR ou antigénique de moins de 72 heures, etc (liste non exhaustive) permettant la pratique du sport en salle.

Signature du **Capitaine**

Date

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|