



Informations Personnelles:

Nom: _____

Date de naissance: ____/____/____

Adresse Complète: _____

Téléphone: _____ Personne à contacter en cas d'urgence: _____

Téléphone: _____

Relations avec cette personne: _____

Je suis conscient du fait qu'il y a un risque de blessure lié à l'activité physique en générale et je participe à ces activités de pleine âme et conscience,

Le client a été informé de toutes les règles qui le lient avec son entraîneur. Je libère donc Gabriel Sylla et tout employé de Sylla-Fitness de toutes responsabilités liées aux blessures accidentelles dues à la pratique d'activité physique mentionné plus haut.

Je (Nous), soussigné(s) _____ suis en accord avec tout les éléments Énumérés plus haut sur cette page.

Signé le ____ jour du mois de _____ de l'an 20____, à _____.

Signature du Client _____

Signature de votre entraîneur _____

Tous droits réservés @ www.Syllafitness.com