



Association de Tai Chi Chuan de Paris

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

J'ai choisi de ne pas prendre la licence qui m'assure par conséquent **j'accepte de renoncer à tout recours contre l'association de Tai Chi Chuan de Paris en cas de problème de santé ou d'accident corporel durant les cours ou durant les stages.**

Fait à Paris le :

Signature de l'adhérent

"lu et approuvé "