**ATTESTATION DE CONFIANCE ENTRE**

**L’ATHLETE et LE CLUB**

***Cette attestation est à retourner par mail au club le plus tôt, avant votre retour au premier entraînement.***

*Définir un contrat de confiance, lors de cette reprise fixée au -- juin 2020, afin de réaffirmer la confiance entre le club (entraineur.e.s, éduca.trice.teurs et dirigeant.e.s) et les athlètes. Chacune des deux parties doit être consciente de sa responsabilité :*

 *Le choix volontaire de reprendre une activité physique dans le cadre des activités définies par le club. Cette activité a une visée sociale, de reprise après une longue période d’inactivité plus qu’une visée sportive et compétitive.*

 *L’obligation pour le club de m’informer et d’organiser cette reprise dans le respect des consignes sanitaires définies par le législateur.*

Je soussigné(e) M. – Mme ...........................................................................................

🞏 Atteste avoir pris connaissance des modalités d’accueil proposées par le club présentées dans le protocole envoyé à tou.te.s les athlètes pour une reprise à compter du -- juin 2020. Ce document est l’outil définissant les modalités de pratique des trois disciplines ainsi que les arrivées et départs du lieu d’exercice.

🞏 Atteste accepter ces modalités et m’engage à les respecter. Les gestes barrières et nouvelles règles de conduite seront rappelés par les entraineur.e.s et les éducat.trice.teurs lors de la reprise.

🞏 M’engage à réaliser un examen médical qui atteste de la non-contre-indication à la reprise du sport, **dans le cas où j’aurais été atteint par le covid-19 ou présenté des symptômes évocateurs** *(suivant les recommandations des cardiologues et du Ministère des sports)*

🞏 Atteste m’engager à ne pas revenir à un entraînement si je présente des symptômes de fièvre, de toux, de maux de ventre, etc.

🞏 Enfin, et suivant les recommandations du guide du Ministère des sports, pour les sujets contacts avec un cas de covid-19, je m’engage à ne pas m’entraîner au club durant 14 jours et à effectuer une visite médicale en cas de symptômes.

*(Cochez les cases* ⌧ *pour affirmer votre accord)*

**Date :**

**Signature :**