

# ATTESTATION DE CONFIANCE ENTRE L'ATHLETE et LE CLUB - Saint-Astier Triathlon -

**Objectif de cette attestation à retourner par mail à [saintastiertriathlon.bureau@gmail.com](mailto:saintastiertriathlon.bureau@gmail.com) au plus tôt, avant votre retour au premier entraînement.**

*Définir un contrat de confiance, lors de cette reprise fixée au 11 juin 2020, afin de réaffirmer la confiance entre le club (entraîneurs, éducateurs et dirigeants) 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 maintenir 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 SAT présentées dans le protocole envoyé à toutes les athlètes pour une reprise à compter du 11 juin 2020. Ce document est le 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. Ces gestes barrières et nouvelles règles de conduite seront rappelées par les entraîneurs et les éducateurs 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 :