



---

## Centre de fitness du BIT Engagement et décharge

Nom , prénom : \_\_\_\_\_

Adresse privée :  
\_\_\_\_\_

Département/section du BIT : \_\_\_\_\_

Unité : \_\_\_\_\_

Numéro de bureau : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné/e \_\_\_\_\_ (nom, prénom en toutes lettres), reconnait que l'exercice physique et l'utilisation des services et installations du Centre de fitness du BIT peuvent entraîner des accidents et suis conscient/e que je devrais me soumettre à un examen médical complet réalisé par un médecin qui confirmera mon aptitude à l'exercice et à l'utilisation des installations du centre. Je comprends également et reconnais que c'est à mes propres risques que j'utilise les services et installations du Centre de fitness du BIT. C'est pourquoi par la présente je décharge le BIT et son personnel de toute responsabilité en cas d'accident, de maladie, de décès, de perte ou de dégradation d'effets personnels et/ou de matériel pouvant résulter, directement ou indirectement, de l'utilisation par moi des services et installations du centre.

Je confirme qu'actuellement je suis au bénéfice d'un contrat de courte durée (**ST**), de durée déterminée (**FT**) ou indéterminée (**WLT**) avec le BIT, j'accepte les conditions d'adhésion au Centre de fitness du BIT et m'engage à me conformer à ses règles.

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature : .....