



ILO FITNESS CENTRE

Engagement et décharge

Nom, prénom: _____

Adresse privée: _____

Courriel: _____

Dép./service/
unité du BIT ou
entreprise externe: _____

N° de bureau : _____

N° de téléphone
interne : _____

Type de contrat : _____

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 et l'Association sports et loisirs 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 que :

- ☐ actuellement je suis au bénéfice d'un contrat **ST**, **FT** ou **WLT** avec le BIT, ou
- ☐ je suis stagiaire au BIT, ou
- ☐ je suis un retraité du BIT, ou
- ☐ je suis employé par une entreprise qui travaille dans les locaux du BIT de manière régulière.

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: _____