

**MINISTERE DE LA DEFENSE ET
DES ANCIENS COMBATTANTS**

ETAT-MAJOR GENERAL DES ARMEES

DIRECTION DES ECOLES MILITAIRES

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi**

FORMULAIRE DE DECHARGE DE RESPONSABILITE

JE SOUSSIGNE demeurant à
..... Titulaire de (carte biométrique, carte NINA, Fiche individuelle, passeport) N°
DECLARE PAR LA PRESENTE ASSUMER TOUS LES RISQUES DE
PARTICIPATION A TOUTES LES ACTIVITES MENEES DANS LE CADRE
DU PROCESSUS D'ORGANISATION DU CONCOURS D'ENTREE A
L'ECOLE DES SOUS-OFFICIERS DE BANANKORO.

JE CERTIFIE que je suis en bonne forme physique, que je me suis
suffisamment préparé ou formé pour participer aux tests physiques (course,
pompes, flexion etc...) et qu'aucun professionnel de la santé ne m'a conseillé de
ne pas y participer.

JE CERTIFIE qu'il n'y a aucune raison ou problème lié à la santé qui
m'empêche de participer à cette activité.

JE RECONNAIS que cette décharge de responsabilité pourra être utilisée
par les organisateurs de cette activité à laquelle je pourrai participer et qu'il régira
mes actions et responsabilités lors de ladite activité

Compte tenu de ma candidature et afin de pouvoir participer à cette activité,
je prends les engagements suivants à mon nom et celui de mes exécuteurs
testamentaires, mes héritiers, mes proches parents, successeurs et ayants droit :

(1) JE LIBERE DE TOUTE RESPONSABILITE, y compris, mais sans s'y
limiter la responsabilité liée à la négligence qui peut entraîner mon décès,
invalidité, blessures, dommages corporelles, LE MINISTERE DE LA DEFENSE ET
DES ANCIENS COMBATTANTS, SES DEMEMBREMENTS ET SES PERSONNELS.

(2) JE M'ENGAGE A NE PAS POURSUIVRE JURIDIQUEMENT les
personnels ou entités mentionnés dans ce paragraphe pour toute responsabilité ou
réclamation découlant de la participation à cette activité.

Je reconnais que cette activité peut impliquer un test pour les limites physiques et mentales d'une personne et potentiellement peut entraîner la mort, des blessures graves ou invalidité. Les risques incluent sans toutefois s'y limiter, ceux causés par le terrain, les installations, la température, les conditions météorologiques, l'état des participants, le matériel, la circulation des automobiles le manque d'hydratation et les actions d'autres personnes, notamment celles des participants.

Je consens par la présente à recevoir le traitement médical jugé utile en cas de blessure, d'accident et/ou maladie au cours de cette activité.

JE CERTIFIE AVOIR LU CE DOCUMENT ET COMPRENDRE PLEINEMENT SON CONTENU. JE SUIS CONSCIENT QU'IL S'AGIT D'UNE DECHARGE DE RESPONSABILITE ET JE LE SIGNE DE MON PLEIN GRE.

SIGNATURES

Nom, Prénoms et Signature du candidat

Nom, Prénoms et Signature du Parent ou Tuteur

Date :