

ATTESTATION SANTE

Je soussigné

Mr /Mme NOM..... PRENOM.....

Né(e) le/...../19.....

Certifie avoir répondu **NON** à toutes les questions du Questionnaire de santé
QS – SPORT
cerfa N°15699*01.

Les réponses formulés dans le questionnaire, relèvent de ma seule responsabilité.

Cela me permet de valider mon adhésion au Pas Mouilleronnais
pour l'année 2025/2026

sans présenter de certificat médical.

DATE:SIGNATURE :