

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 formulées dans le questionnaire, relèvent de ma seule responsabilité
Cela me permet de valider mon adhésion au Pas Mouilleronnais
pour l'année 2024/2025

sans présenter de certificat médical pour une réinscription
Pour les nouvelles adhésions en attente de la présentation d'un certificat médical

DATE:SIGNATURE :.....