



ATTESTATION de SANTÉ

N° d'adhérent : _____

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Fait à Vaires-sur-Marne le :

Signature de l'adhérent :