

ATTESTATION SANTE

Je soussigné

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

Né(e) le/...../

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 2026/2027

sans présenter de certificat médical.

DATE : SIGNATURE :