



## **ATTESTATION**

## A renvoyer au club

| Nom:   |
|--|
| Prénom :   |
| Atteste sur l'honneur :  |
| ☐ Avoir renseigné le questionnaire de santé qui m'a été remis par le club  |
| □ Avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive |
| <b>Nota</b> : dans le cas où je n'ai pas coché les 2 rubriques, je m'engage à consulter un médecin.  |
| Chassieu, le   |
| Signature  |