



Association de Sport Loisir

ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ

Je soussigné, (nom prénom), atteste, par la présente :

Avoir lu et rempli le questionnaire santé sport (Cerfa N°15699*01)

et

Avoir répondu NON à toutes les questions de ce questionnaire lors de ma demande d'adhésion à l'association LEOFUN.

Fait à,

Le/...../.....

Signature

Association : LEOFUN
Maison des associations
Place Joane 33850 LEOGNAN
Email : contact@leofun.net

Ville de
LEOGNAN