



## Attestation sur l'honneur d'état de Santé

Je soussigné(e),

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Déclare avoir rempli le Questionnaire de Santé (QS-Sport) et avoir répondu « NON » à l'ensemble des questions.

J'atteste sur l'honneur ne présenter aucune contre-indication médicale à la pratique des activités proposées par l'association.

Je m'engage à informer l'association de toute évolution de mon état de santé.

Je suis informé(e) que, en cas de réponse positive à une ou plusieurs questions, un certificat médical est obligatoire.

☐ Cochez cette case pour valider votre déclaration

Fait à :

\_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :