



ATTESTATION
relative au questionnaire de santé exigé
pour le renouvellement d'une inscription à une activité sportive

SAISON 2024/2025

Je soussigné(e)

NOM Prénom

certifie avoir répondu NON à l'ensemble des 9 questions figurant sur le questionnaire de santé qui m'a été transmis par l'ACH conformément à l'article 2 de l'arrêté du 20 avril 2017

(N.B: le questionnaire vous est personnel et n'est pas à communiquer à l'ACH)

Je suis informé(e) que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité

A Nantes, le

Signature