

**ATTESTATION DE SANTÉ POUR LE RENOUVELLEMENT DE
L'ADHESION A L'ARTCHANGE POUR L'ANNÉE 2024-2025**

Je, soussigné(e) :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

.

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé.

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le / /

Signature du pratiquant

A

Le