

DECLARATION SUR L'HONNEUR



Je soussigné(e) :

Adresse complète :

Né(e) le :

DÉCLARE AVOIR COCHÉ « NON » À TOUTES LES QUESTIONS FIGURANTS
SUR L'AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL LORS DE :



MON INSCRIPTION



CELLE DE MON ENFANT :

Nom & Prénom

A : Le : / /

Signature :