



VILLE DE CHAMPIGNY-SUR-MARNE



**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE
LA DEMANDE DE RENOUELEMENT DE L'INSCRIPTION**

Je, soussigné Mme / M. (nom et prénom de l'adhérent ou du représentant légal)

.....certifie avoir répondu NON à toutes

les questions du formulaire de santé lors de la demande de renouvellement de

l'adhésion.

Pour faire valoir ce que de droit

A

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

Signature :