



Je soussigné (e)

NOM

Prénom

Date de naissance : / /

Certifie sur l'honneur par la remise du questionnaire de santé ou par un certificat médical être apte à la pratique des activités auxquelles j'adhère au sein de l'association Bly N Co Dance et décharge celle-ci de toute responsabilité.

Fait à :

Le :

Signature

Pièce jointe

Questionnaire de santé

Certificat médical