



ATTESTATION

Valable 1 an à partir du jour de signature

(À REMPLIR EN LETTRES CAPITALES SVP)

Je soussigné, (nom) (prénom)
déclare sur l'honneur que je / que mon enfant(nom)
(prénom) ne présente aucune contre-indication médicale connue pour la pratique des activités proposées par l'ASBL Retropulse (notamment la danse).

Nous rappelons qu'un examen médical préventif est toujours fortement conseillé afin de garantir votre bonne santé et sécurité.

Fait le / / 20..... et valable pendant 1 an à partir de cette date.

Signature (du membre ou du représentant légal) précédée de la mention « Lu et approuvé »

