



VILLE DE CHAMPIGNY-SUR-MARNE



**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA  
DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'ADHESION**

Je, soussigné Mme / Mr (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 :