

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
.....
DATE DE NAISSANCE :
ACTIVITE :

ATTESTATION

Je soussigné(e) atteste avoir été informé(e) que pour l'inscription à un club sportif et **à la pratique d'un sport à l'ASPTT de Mont de Marsan, la présentation d'un certificat médical** est obligatoire.

A le
Signature :