

***Cercle d'Escrime de Saint Nom la Bretèche  
Saison 2025-2026***

***Je soussigné M/Mme***

***atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QSSPORT Cerfa  
N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des  
rubriques.***

***Date et signature du sportif***