

AFFILIATION<sup>1</sup>2024-2025

DECLARATION SUR L'HONNEUR

ABSENCE DE CONTRE-INDICATION MEDICALE

Je soussigné (e) M ..... né(e) le .....

demeurant (adresse complète) .....

déclare sur l'honneur que je peux pratiquer le **TENNIS** sans contre-indication médicale.

Fait à ....., le .....

Signature (manuelle)