

ATTESTATION DE SENSIBILISATION À LA COVID 19

Je, soussigné(e) Mr Mme Mlle _____, demeurant _____

Téléphone: _____

Adresse Mail: _____

Atteste par la présente, venir aux séances de Stretching Postural® sans signes précurseurs de symptômes de la Covid 19.

À savoir :

- Je ne présente pas de fièvre
- Je ne tousse pas
- Je n'ai pas mal à la gorge
- Je n'ai pas de perte de goût ni d'odorat

Je m'engage à ne pas participer aux séances si je présente des signes qui pourraient correspondre aux symptômes de pathologies respiratoires d'origine virale.

J'atteste sur l'honneur la véracité des renseignements fournis.

Date :

Signature :