Praticien(ne) :

Adresse :

N° INSCRIPTION URSSAF :

N° SIRET :

**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 :