

N° : _____ **RAPPELER IMPERATIVEMENT ICI LA REFERENCE DE VOTRE DOSSIER DE
DECLARATION D'ACCIDENT FFCT**

Objet : Absence de mutuelle

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Atteste n'avoir souscrit aucun contrat d'assurance santé (mutuelle ou complémentaire santé) susceptible d'intervenir en complément des prestations versées par la sécurité sociale.

Autre précision(s) utile(s) :

Pour servir et valoir ce que de droit.

A :

Le :

Signature :