# Retour de quarantaine des contacts à risque

Je soussigné(e) :

## [Prénom et Nom]

demeurant :

## [Adresse]

représentant légal de :

## [Prénom et Nom du gymnaste]

atteste sur l'honneur que

le résultat du test RT-PCR ou antigénique nasopharyngé réalisé le [date du test] (7

jours après le dernier contact avec le cas confirmé) est négatif.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **………………………….. [commune]**, le **[date]**

Signature

……………………………………………

**[Prénom] [Nom]**