

Par la présente, je soussigné

Mme/M

atteste et garantis que le port du masque ne portera pas atteinte à la santé de

Mme/M

et je m'engage à assumer tous les frais médicaux qui découleraient du fait que

Mme/M a été contraint(e) au port du masque.

Nom : Prénom :

Adresse :

Lieu et date et signature :