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 :