



Attestation du questionnaire de santé



ATTESTATION

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRENOM : _____

En ma qualité de représentant légal de :

NOM : _____

PRENOM : _____

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé « Sportif mineur » et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :