

ATTESTATION PARENTALE
POUR QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

Je soussigné(e), NOM:

PRÉNOM:

en ma qualité de représentant légal de:

NOM:

PRÉNOM:

atteste qu'il/elle a renseigné en ma présence le questionnaire de santé du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date:.....

Signature du représentant légal: