

ATTESTATION PARENTALE
POUR QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

Pour les mineurs :

Je soussigné(e), NOM :

PRÉNOM :

en ma qualité de représentant légal de :

NOM :

PRÉNOM :

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

Date :

Signature du représentant légal :