

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

ATTESTATION PARENTALE

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM] _____
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] _____
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 et signature du représentant légal