



ATTESTATION DE REPONSE
AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

PRATIQUANTS MINEURS

Je soussigné (nom, prénom) :

.....
.....

en ma qualité de représentant légal de (nom, prénom) :

.....
.....

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et qu'il/elle a (*rayer la mention inutile) :

- Répondu NON* à toutes les questions
- Répondu OUI* à une ou plusieurs question(s), Je dois alors fournir un certificat médical de non contreindication à la pratique sportive mentionnant la ou les activités choisies

Date et signature du représentant légal :