



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