

ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS A remettre à l'association (Ne pas joindre le questionnaire de santé)

Je soussigné M/Mme
Prénom : Nom :
Exerçant l'autorité parentale sur
Prénom : Nom :
atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.
Date :

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale