

ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

À 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'il/elle 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