



## 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

---