



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. (*Arrêté du 07 mai 2021- JORF n° 0108 du 8 mai 2021*)

Date et signature du représentant légal :