

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