



ATTESTATION MINEURS

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Représentant légal de : _____.

atteste qu'il / elle a renseigné le questionnaire RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date

Signature