



Attestation questionnaire santé

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du licencié :

[Pour les mineurs :](#)

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

en ma qualité de représentant légal de :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :