

**PRISE DE LICENCE MINEURS**

# ATTESTATION QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] .Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.. , en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. , atteste qu’il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR (arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.

Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

et signature du représentant légal. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

