



ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

**(À signer sans présentation d'un certificat médical de moins d'1 an
et après avoir compléter le questionnaire de santé à garder chez soi)**

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