





## ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

(À signer sans présentation d'un certificat médical de moins d'1 an et après avoir complété 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