



**PRISE DE LICENCE  
MINEURS**

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

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,  
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] ..... ,  
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, ou bien qu'il/elle a  
obtenu un certificat médical de non contre-indication, dûment signé par son médecin.*

*J'autorise les responsables du Club à prendre toute décision d'ordre médical ou chirurgical concernant  
l'enfant si je suis injoignable en temps voulu.*

*Date et signature du représentant légal.*