



**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.