

# ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

À JOINDRE À VOTRE DEMANDE DE LICENCE FFSLC

JE SOUSSIGNÉ :

Date :

Nom :

Prénom :

Parent ou représentant légal\* de l'enfant mineur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Atteste que mon enfant a répondu **NON** à **toutes** les questions du questionnaire de santé du sportif mineur réf. ADH-02.B01.

Signature :