



**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.*

Date et signature du représentant légal.