

ATTESTATION
QUESTIONNAIRE DE SANTE
CHOISIS TON SPORT
Personnes Mineures

TOUTES DISCIPLINES SPORTIVES

Je soussigné, Monsieur/Madame (Prénom NOM)

Représentant légal de l'enfant (Prénom NOM)

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé conforme au code du sport
Cerfa N° 15699*01, disponible sur le site de la ville d'Alençon

<https://www.alencon.fr/mes-sortiesmon-temps-libre/sport/dispositifs-sportifs-de-la-ville/>

et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques

Date et signature