

# ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE

AU CHARLEVILLE MEZIERES ATHLETISME ou à LA MACERIENNE ATHLETISME

**A remettre à l'association** *(ne pas joindre le questionnaire de santé)*

**Je soussigné M/Mme**

Prénom : ..... Nom : .....

**exerçant l'autorité parentale sur**

Prénom : ..... Nom : .....

**atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.**

Date : .....

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale