



ATTESTATION DU QUESTIONNAIRE DE SANTE

Nom et Prénom du/de la mineur-e : _____

Année : _____

Nom et Prénom du parent : _____

Nom et Prénom du parent : _____

Par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations et avoir renseigné avec mon enfant le questionnaire de santé pour les mineur-es qui m'a été remis. Et, j'atteste sur l'honneur avoir avec mon enfant répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé. Je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à _____, le _____

Pour dire et valoir ce que de droit,
(Signature obligatoire du/de la personne exerçant l'autorité parentale sur la/le mineur-e) :