

# ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS



**SAISON 2023-2024**

**EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RECOUVREMENT D'UNE LICENCE À LA FNSMR**

**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