



Attestation Questionnaire de Santé

Je soussigné M/Mme , en ma qualité
de représentant légal de
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et a répondu
PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.

responsable de l'enfant.

Fait à

Le.

Signature