

Attestation

Questionnaire de santé FCD

Pour les majeurs

Je soussigné(e) M/Mme

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé du FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Signature :

Le :

---

Pour les mineurs

Je soussigné(e) M/Mme

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé du FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques pour l'enfant :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Signature :

Le :