

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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé du FCD et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques pour l’enfant Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Signature** : Le :

