



ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE À LA FÉDÉRATION
FRANÇAISE D'ESCRIME

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