

ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

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

A remettre à l'association **(Ne pas joindre le questionnaire de santé)**

Je soussigné M/Mme

Nom : Prénom :

exerçant l'autorité parentale sur

Nom : Prénom :

**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 :