



FAMILLE | 5 KM | 10 KM

LES

FOULÉES CHÂTILLONNAISES

FAMILIALES • SOLIDAIRES • ÉCORESPONSABLES



ATTESTATION QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

Je soussigné M/Mme [Prénom, NOM]

.....,

en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]

.....,

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire

RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR *(arrêté du 7 mai 2021)*

et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.