

## Questionnaire médical pour la pratique sportive des mineurs

Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur **attestent que chacune des rubriques du questionnaire de santé (en pièce jointe) donne lieu à une réponse négative**. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.

Je soussigné \_\_\_\_\_, parent / tuteur légal de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Atteste avoir eu connaissance du questionnaire médical fourni par le ministère des sports et certifie avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions posées.

A \_\_\_\_\_,

le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature des parents / du tuteur légal :