



Les Foulées Dainvilloises 2024

ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

Je soussigné(e), Mr ou Mme (NOM & Prénom) _____
demeurant au _____ à _____
et agissant en qualité de père, mère ou de représentant légal certifie avoir répondu par la
négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé mis à disposition par les
organisateurs sur le site de l'association, établi avec et pour (NOM & Prénom de l'enfant)
_____.

Fait le _____
A _____

Signature :