

ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD

Pour les majeurs

Je soussigné(e) M/Mme 1

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :

Pour les mineurs

Je soussigné(e) M/Mme 1

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques pour l'enfant 2

Date et signature :

¹ Préciser le prénom et nom, et le cas échéant, la qualité du représentant légal

² Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal