ATTESTATION
QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD

<u>Pour les majeurs</u>

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 :

<u>Pour les mineurs</u>

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