



## ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD

### **Pour les majeurs**

Je soussigné(e) M/Mme.....<sup>1</sup>

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.....<sup>1</sup>

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

Date et signature :

---

<sup>1</sup> Préciser le prénom et nom, et le cas échéant, la qualité du représentant légal

<sup>2</sup> Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal