

**Attestation de Santé**  
**Saison 2020-2021**

Je, soussigné (e) .....,  
responsable légal de \* .....,  
atteste avoir répondu « Non » à toutes les réponses du « Questionnaire de santé ».

Date :

Signature de l'adhérent ou du responsable légal \*

\* Si l'adhérent est une personne mineure