

# 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