



# Espace Danse "Les

## ATTESTATION -QUESTIONNAIRE DE SANTÉ Pour les mineurs

Je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé fixé par arrêté du ministre chargé des sports daté du 7 mai 2021.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation à l'association Espace Danse les Cygnes.

Conformément aux dispositions de l'article D. n°2021-564 du Code du sport,

J'ai répondu NON à chacune des rubriques du questionnaire.

Dans ce cas : je transmets la présente attestation à mon association de danse.

J'ai répondu OUI à une ou plusieurs rubriques du questionnaire

Dans ce cas : je suis informé que je dois produire à mon association de danse un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la danse, établi après le 1<sup>er</sup> Juin.

Nom et prénom du représentant légal :

Nom et prénom du mineur

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

ANNEE 1

ANNEE 2

ANNEE 3

Fait le :

Fait le :

Fait le :

Signature :

Signature :

Signature :