

**PASS'SPORT**  
**ADOS INCLUSION 12 – 17 ANS**

**ATTESTATION**

*Je soussigné(e), Madame/Monsieur \_\_\_\_\_,*

*représentant légal de l'enfant dénommé \_\_\_\_\_,*

*déclare avoir complété avec lui le questionnaire « relatif à l'état de santé du sportif mineur » (tel que figurant dans le Code du Sport) en vue de son inscription au PASS'SPORT DECOUVERTE JUNIORS 5-7 ANS 2024/2025 et certifie qu'il a été répondu négativement à TOUTES les questions, l'exonérant ainsi de consulter un médecin en vue d'établir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive.*

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal :