

**ATTESTATION DE REMPLISSAGE
QUESTIONNAIRE SANTE CERFA_15699-01**

Pour les personnes majeures :

Je soussigné(e) M/Mme _____ atteste avoir
renseigné le questionnaire de santé cerfa_15699-01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des
rubriques.

Date :

Signature

Pour les mineurs :

Je soussigné(e) M/Mme _____ en ma qualité de
représentant légal de _____ atteste qu'il/elle a
renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date :

Signature