



Je, soussigné(e) ..... (Nom, Prénom),  
demeurant .....,  
et agissant en qualité de père (ou mère \*) pour mon fils (ou ma fille \*)  
.....(Nom, Prénom),  
atteste et certifie sur l'honneur avoir répondu par la négative à  
l'ensemble du questionnaire de santé, fourni par la FFTA pour la  
saison sportive 2024-2025.

Fait à .....

Le .....

Fait pour valoir ce que de droit

\* Rayer la mention inutile