

ATTESTATION

Je soussigné, M./Mme (prénom et nom)

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N° 15699*01

et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

Pour les mineurs :

Je soussigné, M./Mme (prénom et nom)

En ma qualité de représentant légal de (prénom et nom)

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N° 15699*01

Et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal