

ATTESTATION QS sport

*Je soussigné M/Mme [Prénom 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 : Non et Prénom de l'enfant

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] ,
en ma qualité de représentant légal de [Prénom 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.