

Attestation de réponse par NON au questionnaire de santé

Pour les majeurs :

Je soussigné(e), (NOM Prénom) :
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date d'émission du certificat médical valide : / /

Nom du médecin :

Date : / /

Signature du licencié :

Pour les mineurs :

Je soussigné(e), (NOM Prénom) :
en ma qualité de représentant légal de (NOM Prénom) 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 questions.

Date : / /

Signature du représentant légal :