Attestation du questionnaire Santé Sport

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 :
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 :