**ATTESTATION RÉPONSES NÉGATIVES AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

**en vue de mon inscription sportive au SDUS pour 2023/2024**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Date de Naissance :**

**TELEPHONE :**

**Mails :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Je suis majeur à la date du jour et j’ai répondu négativement à l’ensemble des questions du questionnaire cerfa 15699\*01**  **Date :**  **Signature de l’adhérent :** | **Je suis mineur à la date du jour et j’ai répondu négativement à l’ensemble des questions du questionnaire de l’Arrêté du 7 mai 2021 fixant son contenu relatif à l’état de santé du sportif mineur**  **Date :**  **Signature de l’adhérent :**  **Signature du représentant légal :** |