

## 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 :