

ATTESTATION

AUTO-QUESTIONNAIRE SANTE

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QSSPORT Cerfa N°15699*01 et avoir
répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

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.