

ATTESTATION SANTE

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame :

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 rubriques.

Date

Signature

Pour les mineurs

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame :

Nom :

Prénom :

En ma qualité de représentant légal de :

Nom :

Prénom :

Atteste qu'il ou elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date :

Signature du représentant légal