ATTESTATION

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] :

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 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.