

# ATTESTATION

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

## **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