



**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE DE SANTE
SAISON 2018-2019**

Je soussigné M/Mme
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01
et avoir répondu PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme, en ma qualité de représentant légal
de
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01
et avoir répondu PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.