



## **Objet : Attestation de santé**

### **POUR LES MAJEURS :**

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 du licencié :

### **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 :