



ATTESTATION DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ 2024/25

Pour les mineurs :

Je soussigné(e), NOM : PRÉNOM :

En ma qualité de représentant(e) légal(e) de :

NOM : PRÉNOM :

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des questions

Date : Signature du représentant légal :

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 :