

## MODÈLE D'ATTESTATION

### **Pour les majeur·es :**

Je soussigné(e), NOM \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

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·de la licencié·e :

### **Pour les mineur·es :**

Je soussigné(e), NOM \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

En ma qualité de représentant·e légal·e de :

NOM \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Atteste qu'il·elle a 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·de la représentant·e légal·e :