

NOM DU CLUB :

COURS DU :

HORAIRES :

Je soussigné M/Mme .....atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative 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 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 rubriques.

Date et signature du représentant légal :