

Modèle d'attestation à remplir et remettre au responsable de structure :

*Je soussigné(e) M/Mme Prénom : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_ atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce 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(e) M/Mme Prénom : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_ en ma qualité de représentant légal de Prénom : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_, atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

*Date et signature du représentant légal :*

