



Attestation Santé

Saison 2024/2025

Je soussigné (Prénom + nom)
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 (Prénom + nom)
en ma qualité de représentant légal de (Prénom + nom)

.....
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

