



## ATTESTATION – QUESTIONNAIRE DE SANTE SAISON 2019/2020

*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 :*