**ATTESTATION QUESTIONNAIRE SPORT POUR LES ADULTES**

Je soussigné(e) M/Mme [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 :

**ATTESTATION QUESTIONNAIRE SPORT POUR LES MINEURS**

Je soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM] ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] ………………………………………………………………………………………………………………………..…

Atteste qu’il/elle a renseigné le questionnaire santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal :