

ATTESTATION DE SANTE

Renouvellement de licence Saison 2023/2024

Je soussigné M/Mme

NOM : Prénom : atteste avoir
renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa No15699*01 et avoir répondu par la
négative à l'ensemble des rubriques.

Date :

Signature du sportif

Pour les mineurs

Je soussigné M/Mme

NOM : Prénom :

en ma qualité de représentant légal de

NOM : Prénom : atteste qu'il/elle a
renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa No15699*01 et a répondu par la
négative à l'ensemble des rubriques.

Date :

Signature du représentant légal