

# ATTESTATION DE SANTE

## Renouvellement de licence Saison 2024/2025

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