Je soussigné(e) M/Mme (Prénom/NOM) :

Domicilié(e) :

atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.

Fait à

Le

(Signature)

Pour les mineurs :

Je soussigné(e) M/Mme (Prénom/NOM) : en ma qualité de représentant légal de

(Prénom/NOM) : atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.

Fait à

Le

(Signature du représentant légal)