



ATTESTATION QS-SPORT MINEURS

Je soussigné(e),

NOM:

PRÉNOM :

en ma qualité de représentant légal de :

NOM:

PRÉNOM :

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01
et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du licencié :