



# ATTESTATION QS-SPORT

Saison 2018-2019

## LICENCIÉ MAJEUR :

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 (de la) licencié(e) :

## LICENCIÉ MINEUR :

Je soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM]

.....

en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]

.....

Atteste :

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

Date et signature du représentant légal :