**

 **

 ***ATTESTATION DU QUESTIONNAIRE DE SANTE QSSPORT***

*Je soussigné Mr / Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QSSPORT*

*Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.*

*Date et signature du sportif.*

**Pour les mineurs :**

*Je soussigné Mr / Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en ma qualité de représentant légal de*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atteste que j’ai renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.*

*Date et signature du représentant légal*