

*Je soussigné M/Mme \_\_\_\_\_*

*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 sportif :*

**Pour les mineurs :**

*Je soussigné M/Mme \_\_\_\_\_*

*en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_*

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

*Date et signature du représentant légal :*