



ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTE

Je soussigné(e),

Nom:

Prénom:

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

Date:

Signature du licencié:

Pour les joueurs mineurs en Septembre 2017 :

Je soussigné(e),

Nom:

Prénom:

représentant légal de:

Nom:

Prénom:

atteste qu'il/elle a rempli le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa
N°15699*01 et a répondu négativement à l'ensemble des questions.

Date:

Signature du représentant légal:

