



## ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTE

### *Pour les joueurs majeurs en Septembre 2020 :*

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.

Je fourni, dans ce cas, la présente attestation, en gardant le questionnaire de santé.

**Dans le cas contraire**, je m'engage à fournir un nouveau certificat médical au club.

**Date:**

**Signature du licencié:**

\*\*\*\*\*

### *Pour les joueurs mineurs en Septembre 2020 :*

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.

Je fourni, dans ce cas, la présente attestation, en gardant le questionnaire de santé.

**Dans le cas contraire**, je m'engage à fournir un nouveau certificat médical au club.

**Date:**

**Signature du représentant légal:**