

ATTESTATION CERTIFICAT MEDICAL
SAISON 2018 / 2019

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.

POUR LES MINEURS :

Je soussigné M/Mme _____

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 et avoir répondu

par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature (du représentant légal)