

ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTE 2017-2018

(Ne concerne que les renouvellements d'adhésion, hors vétérans)

POUR LES ADHERENTS MAJEURS

Je soussigné(e) M. / Mme (Prénom, Nom)
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

POUR LES ADHERENTS MINEURS

Je soussigné(e) M / Mme (Prénom, Nom)
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 a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du/de la représentant(e) légal(e)