

ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ 2018-2019

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

POUR LES ADHÉRENT E S MAJEUR E S

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 ADHÉRENT E S MINEUR E S

Je soussigné e M. /Mme (Prénom, Nom)
en ma qualité de représentant e légal e de

(Prénom, Nom)

.....
atteste quelle/il 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 de la/du représentant e légal e