



# ATTESTATION

---

Pour les majeurs :

Je soussigné(e),

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01  
et avoir  
répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du licencié :