**ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTE QSSPORT Cerfa N°15699\*01**

**SAISON 2021/20222**

**(Réservé aux anciens adhérents)**

**Rappel : Ce formulaire n’est à utiliser que si vous avez déjà fourni un certificat médical pour la saison 2019/2020 ou 2020/2021.**

**Dans le cas contraire, un nouveau certificat médical est obligatoire !**

*Je soussigné M/Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atteste avoir renseigné le questionnaire*

*de santé QSSPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.*

*Date et signature du sportif :*

**Pour les mineurs** :

*Je soussigné M/Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , en ma qualité*

*de représentant légal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 représentant légal :*