

ATTESTATION à remettre en l'absence de renouvellement du certificat médical

Je soussigné M/Mme ...nom et prénom.....atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QSSPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date

signature de l'adhérent

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme ...nom et prénom..... , en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM du mineur], 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

signature du représentant (e) légal(e).