

Pour les majeurs :

Je soussigné M/Mme \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

signature du sportif