USA Virevolte

ATTESTATION VALANT CERTIFICAT MEDICAL
*A remettre après avoir rempli par la négative le questionnaire sante*

Je soussigné M. / Mme. ……………………………………………………………………
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé 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 ……………………………………….………………[Prénom NOM] ,

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.