



11 Rue du 8 mai 1945
Immeuble Maurice NILES
93000 BOBIGNY

Je soussigné _____ *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 et signature du sportif.

Pour les mineurs :

Je soussigné _____ *, en ma qualité de représentant légal*
de _____ *, atteste* _____ *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. »