

PERSONNE MINEUR

Je soussigné(e), en ma qualité de

Représentant légal de,

Atteste

- Avoir lu et compris les NEUF rubriques du questionnaire de santé,
- Avoir renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa n°15699*1, et
- Avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date :

Signature du représentant légal :