

**Attestation de santé :**

*Je soussigné(e) .....*

*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*

*Signature*

**Attestation de santé :**

*Je soussigné(e) .....*

*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*

*Signature*