



Attestation Questionnaire de santé

Je soussigné(e) M/Mme Prénom : _____ Nom : _____
atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé,
renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT FCD et avoir répondu
par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :

Pour les mineurs :

Je soussigné(e) M/Mme Prénom : _____ Nom : _____ en ma
qualité de représentant légal de Prénom : _____ Nom : _____
atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé,
renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT FCD et avoir répondu
par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :