



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 :