



**ATTESTATION QS-SPORT
SAISON 2024-2025**

(pour les adhérents sans certificat médical)

Je soussigné(e) M/Mme :

.....

agissant en ma qualité de représentant légal de :
(à remplir uniquement pour les mineurs)

.....

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT et
avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques*.

Date :

Signature de l'adhérent
ou de son représentant légal pour les mineurs :

*** Si vous avez répondu positivement à une des questions du QS-SPORT vous devez impérativement fournir un certificat médical.**