## ATTESTATION

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM], en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM], atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal

## ATTESTATION

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM], en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM], atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal

## ATTESTATION

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM], en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM], atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal