

## ATTESTATION MINEUR

Je soussigné(e),

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

en ma qualité de représentant légal de :

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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 questions.

Date :

Signature du représentant légal :