



SAISON 2023 - 2024



**PRISE DE LICENCE MAJEURS**

**ATTESTATION QS SPORT**

Je, soussigné(e), M /Mme  [*Prénom NOM*] :

**atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.**

Date et signature du sportif :

Date :

Signature :