



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 :