**ATTESTATION DE REPONSES NEGATIVES AU QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES**

**SPORTIFS MINEURS, A REMPLIR ET REMETTRE AU RESPONSABLE DE STRUCTURE :**

*Pour le mineurs*

*Je soussigné.e M/Mme Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

*En ma qualité de représentant.e légal.e de(nom et prénom de l’enfant)*

*Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

*Atteste avoir lu et compris l’ensemble des questions du questionnaire de santé pour les*

*mineurs\*, renseigné ce questionnaire de santé (en présence du jeune) et répondu par la*

*négative à l’ensemble des rubriques.*

*Date et signature du.de la représentant.e légal.e :*

*Le*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(Signature)

*\*\*\**

*Pour les majeurs :*

**ATTESTATION DE REPONSES NEGATIVES AU QSS-SPORT A REMPLIR ET REMETTRE AU RESPONSABLE DE STRUCTURE :**

*Je soussigné.e :*

 *M/Mme Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

*Atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à*

*l’ensemble des rubriques. Date et signature du.de la sportif.ve :*

*Le*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(Signature)