**ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTE**

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………………………………………………..

En ma qualité de représentant légal de …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Atteste qu’il/elle a renseigné le questionnaire de santé précisé à l’annexe II-23 du code du sport et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.

A………………………………………………….. le  Signature