



QUESTIONNAIRE DE SANTE QS-SPORT

ATTESTATION

Pour un majeur :

Je soussigné, Monsieur/Madame [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.

**Certificat médical fourni en à partir du après le 1ER SEPTEMBRE en 2017 en 2018 2019(
rayé la mention inutile)**

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM]
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]
.....
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 rubriques.

Date et signature du représentant légal



PARTENAIRE OFFICIEL

Fédération Française
Roller Sports

T (33) 05 56 33 65 65 - F (33) 05 56 33 65 66
contact@ffroller.fr
6, Boulevard du Pdt Franklin Roosevelt
CS 11742 - 33080 Bordeaux Cedex - France
www.ffroller.fr