



## 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