

**Attestation médicale
pour renouvellement de licence**

| | |
|-----------------|--|
| Licencié majeur | <p><i>Je soussigné, M/Mme [Prénom NOM], atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QSSPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.</i></p> <p><i>Date et signature du sportif.</i></p> |
| Licencié mineur | <p><i>Je soussigné, M/Mme [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 avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.</i></p> <p><i>Date et signature du représentant légal.</i></p> |

**Attestation médicale
pour renouvellement de licence**

| | |
|-----------------|--|
| Licencié majeur | <p><i>Je soussigné, M/Mme [Prénom NOM], atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QSSPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.</i></p> <p><i>Date et signature du sportif.</i></p> |
| Licencié mineur | <p><i>Je soussigné, M/Mme [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 avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.</i></p> <p><i>Date et signature du représentant légal.</i></p> |