



**ATTESTATION QS-SPORT  
SAISON 2024-2025**

**(pour les adhérents sans certificat médical)**

Je soussigné(e) M/Mme :

.....

agissant en ma qualité de représentant légal de :  
(à remplir uniquement pour les mineurs)

.....

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT et  
**avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques\*.**

Date : .....

Signature de l'adhérent  
ou de son représentant légal pour les mineurs :

**\* Si vous avez répondu positivement à une des questions du QS-SPORT vous devez impérativement fournir un certificat médical.**