



**ATTESTATION  
QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT »**

Dans le cadre du renouvellement de la licence FFA et conformément à la réglementation du Code du sport et du règlement médical de la FFA,  
je, soussigné(e) M/Mme,  
en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_ atteste  
avoir renseigné(e) le questionnaire de santé QS-Sport Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions.

**Date et signature du représentant légal**