



## 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.

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



Fédération Française  
Roller Sports

T. (02) 46 56 00 65 65 - F. (03) 05 56 00 65 65  
usa@ffroller.fr  
6, Doulevard du Pdt Franklin Roosevelt  
CS 11742 - 33060 Bordeaux Cedex - France  
www.ffroller.fr