**Attestation**

dans le cadre de l’article 194 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application de l’article D. 231-1-4 du Code du Sport

Je soussigné(e) M/Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1)

En ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[2]](#footnote-2)

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

1. Préciser les prénoms et nom. [↑](#footnote-ref-1)
2. Préciser les prénoms et nom de l’enfant mineur. [↑](#footnote-ref-2)