

**ATTESTATION VALANT CERTIFICAT MEDICAL**  
**A REMETTRE APRES AVOIR REMPLI PAR LA NEGATIVE LE**  
**QUESTIONNAIRE SANTE**

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.

Date et signature du sportif.

**Pour les mineurs :**

Je soussigné M/Mme\* . [Prénom NOM] .....  
en ma qualité de représentant légal de l'enfant .....  
atteste qu'il/elle a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire de  
santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01.

Date et signature du représentant légal.

**ATTENTION CE FORMULAIRE N'EST PAS VALABLE POUR :**

- **La première délivrance d'une licence à la Fédération Française de Vélo**
- **Le dernier certificat médical date de plus de 5 ans**

**LA PRESENTATION D'UN CERTIFICAT MEDICAL DATANT DE MOINS DE  
TROIS MOIS AU JOUR DE LA DEMANDE, EST OBLIGATOIRE TOUS LES 5 ANS.**