

|  |
| --- |
| **Certificat médical : Attestation sur l’honneur** |
|  |

**Je soussigné**

**Nom :** …………………………………………………………………………………………..

**Prénom :**………………………………………………………………………………………..

**Demeurant**

**Adresse :** ……………………………………………………………………………………..

**Code-postal :**………………………………………………………………………………….

**Ville :**……………………………………………………………………………………………..

**Atteste sur l’honneur :**

**❑ Renouvellement de licence – Questionnaire de santé**

❑Personne majeure :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N° 15699\*01 et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.

❑Personne mineure :

En ma qualité de représentant légal de ……………………………………………………………

J’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 du dernier certificat médical : ………/………/……. (Jour / Mois / Année)

**❑ Nouvelle licence – certificat médical obligatoire**

Date du certificat médical : ………/………/…… (Jour / Mois / Année)

|  |
| --- |
| IMPORTANT     * + **La copie** de votre certificat médical doit être remise avant le 1er cours. Vous devez garder l’original.   + Pour les compétiteurs, le certificat doit porter la mention compétition autorisée.   + Votre certificat médical doit être valide (le certificat médical est valable 3 ans).   + Le questionnaire de santé est confidentiel, l’adhérent doit donc le conserver par devers lui. |

**Fait pour servir et valoir ce que de droit.**

**A………………………………** **Le ………./……….…./………..**

**Signature :**