



# UNION FAMILIALE DE QUINCY

## ATTESTATION- QUESTIONNAIRE DE SANTE

Pour le renouvellement de ma licence

Dans le cadre de la demande de renouvellement de ma licence, je soussigné(e) atteste avoir rempli le questionnaire de santé fixé par arrêté du ministre chargé des sports daté du 20 avril 2017 et publié au Journal Officiel du 4 mai 2017.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation à l'UFQ.

- Si j'ai répondu **NON** à chacune des rubriques du questionnaire

 Dans ce cas : je transmets la présente attestation à l'UFQ

- Si j'ai répondu **OUI** à une ou plusieurs rubriques du questionnaire

 Dans ce cas : je suis informé(e) que je dois produire à l'UFQ un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de mon activité.

**Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions réglementaires de la FSCF /FFA/ FFJDA / FFKDA relatives au certificat médical.**

NOM : \_\_\_\_\_ prénom : \_\_\_\_\_

Date et signature du licencié :

**Dans le cas où le licencié est mineur :**

Représentant légal :

NOM : \_\_\_\_\_ prénom : \_\_\_\_\_

Date et signature