|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ufolep-logo-cmjn-SAVOIE

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ATTENTION :** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Le questionnaire est à utiliser **pendant les deux saisons** qui suivent celle pour laquelle un certificat médical a été délivré. Exemple Saison 2021/2022 - Certificat médical  Saison 2022/2023 - Questionnaire + Attestation  Saison 2023/2024 - Questionnaire + Attestation Saison 2024/2025 - Certificat médical |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |
| illustrations, cliparts, dessins animés et icônes de icône de ciseaux dans le vecteur plat de modèle pour des apps, interface-u, sites web. illustration noire de vecteur d'icône - ciseaux

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ------------------------------------------------------------------------------------------------------------ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Attestation Questionnaire Santé UFOLEP** |   |
| **(Pour les majeurs)** |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| Je soussigné : |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| Nom :…………………………………………………..Prénom :…………………………………… |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|  |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| Licence N°……………………………………………………Club : …………………………………. |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande |
| de licence à l'UFOLEP pour la saison.............../…………… |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| Atteste avoir répondu NON à toutes les questions. |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| Fait à………………………le…………………………. Signature |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |