|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |