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

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ATTENTION :** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  - Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant légal |
| du licencié mineur. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  - Si vous avez répondu NON à toutes les questions, pas de certicat médical et  |
| fournir l'attestation ci-dessous au club. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  - Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs réponses, le certicat médical est |
| oligatoire pour l'obtention ou le renouvellement de la licence, |  |  |
| 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 mineurs)** |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| Je soussigné : |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| Nom :…………………………………………………..Prénom :…………………………………… |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| Représentant légal de l’enfant :……………………………………………………………………… |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| 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 |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |